



**Estado y Tendencias
de las Epidemias del
VIH/SIDA en América Latina
y el Caribe**

INFORME FINAL

XI Congreso Latinoamericano de
Enfermedades de Transmisión Sexual
V Conferencia Panamericana sobre SIDA
Lima - Perú • 3-6 de diciembre de 1997





VPS está auspiciado en forma conjunta por:

- El Proyecto para la Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de Family Health International
- El Centro para la Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud de la Facultad de Salud Pública de Harvard
- El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA)

La Red de Vigilancia de la Pandemia del SIDA (VPS), es una red universitaria independiente conformada por profesionales abocados a vigilar el estado y tendencia de la pandemia del VIH y el SIDA.

La VPS fue fundada y recibe el apoyo del Proyecto para la Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de Family Health International, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; el Centro para la Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud de la Facultad de Salud Pública de Harvard; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA), coauspiciado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP), la Organización para Educación, Ciencia y Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial. La VPS agradece la contribución de estas agencias e instituciones a su creación y desarrollo.

Las publicaciones y otros productos que surjan del trabajo de la Red VPS son responsabilidad directa de la Red. El contenido de este informe y otros productos no reflejan necesariamente el punto de vista o políticas de las organizaciones fundadoras o de apoyo a la VPS.

Agradecimiento

El **Programa Nacional sobre ETS y SIDA del Ministerio de Salud del Gobierno de Brasil** generosa y gentilmente sirvió de anfitrión en este simposio de la Red de VPS. Dicho Programa proporcionó el local para la conferencia, albergue para los participantes en Río de Janeiro y el apoyo de su plantel técnico para el evento y la producción de este informe provisional. También contribuyó ampliamente al contenido del simposio, facilitando el acceso a documentos de trabajo que le fueran asignados junto con la VPS e información recolectada, analizada y publicada en varios documentos e informes. La VPS desea también agradecer al excelente plantel del Programa Nacional del VIH y el SIDA del Ministerio de Salud y al Gobierno de Brasil por su entusiasta y efectivo apoyo a las actividades de la Red.

La VPS reconoce y agradece también la contribución de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** y del **Programa Conjunto sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA)** en el desarrollo de las EpiNotas, que se citan a lo largo de este informe.



Contenido

1	Introducción	7
2	Resúmenes mundiales y regionales de las epidemias del VIH, el SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual	9
	□ La situación mundial	9
	□ El VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe	10
	□ Comportamiento sexual y uso de drogas en América Latina y el Caribe	15
	□ Vigilancia del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe	18
	□ El impacto del SIDA en la mortalidad	28
	□ La diversidad del VIH en América Latina y el Caribe	29
	□ Cuadro 2.1: Epinotas: Un nuevo instrumento para monitorear la epidemia	11
	□ Cuadro 2.2: El VIH y el SIDA en Brasil	12
	□ Cuadro 2.3: Las ETS en América Latina y el Caribe	14
	□ Cuadro 2.4: Estimados del número de casos nuevos de ETS para 1996	14
	□ Cuadro 2.5: Distribución del VIH entre ciertas poblaciones de América Latina	16
	□ Cuadro 2.6: Distribución del VIH entre ciertas poblaciones Del Caribe	17
3	Situación y tendencias de la transmisión de l VIH entre hombres que tienen relaciones con otros hombres	31
	□ La diversidad que caracteriza a esta población	30
	□ El análisis de la información de la vigilancia epidemiológica	32
	□ Información sobre seroprevalencia	33
	□ Información sobre incidencia	35
	□ Culturas y comportamientos sexuales	35
	□ Intervenciones de comportamiento y empoderamiento de la comunidad	36
	□ Aspectos estructurales y vulnerabilidad	36
	□ Cuadro 3.1: Proporción de casos de SIDA entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	32
	□ Cuadro 3. 2: Seroprevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	34
4	Uso de drogas inyectables y la transmisión del VIH en América Latina y el Caribe	37
	□ Tipos y diversidad de drogas en uso	38
	□ Algunos aspectos auspiciosos	38
	□ Limitaciones de la información	38
	□ La transmisión por drogas inyectables y la transmisión heterosexual	39
	□ Necesidades de prevención e investigación	40

□	Cuadro 4.1: Distribución porcentual de casos de SIDA en América Latina y el Caribe, por subregión y categoría de exposición	39
5	Transmisión heterosexual del VIH	41
□	Cómo se define la transmisión heterosexual del VIH?	41
□	Aumento notificado de los casos de SIDA por transmisión heterosexual	43
□	Casos de SIDA con categoría de riesgo no especificada	44
□	Monitoreo de las tendencias en América Latina y el Caribe	44
□	Hacia una expansión de la transmisión heterosexual en el horizonte	47
□	Cuadro 5.1: Seroprevalencia del VIH en ciertos países del Caribe, 1991-1996	46
□	Figura 5.1: Proporción de casos notificados de SIDA en hombres, atribuidos a transmisión heterosexual en América Latina, 1980-1997	42
□	Figura 5.2: Proporción de casos notificados de SIDA en mujeres, atribuidos a transmisión heterosexual en América Latina, 1980-1997	42
□	Figura 5.3: Razón hombre:mujer de los casos de SIDA notificados	43
6	La transmisión perinatal del VIH en América Latina y el Caribe	49
□	Tendencias de los casos de SIDA pediátrico notificados	49
□	Evaluación de la situación y las tendencias de la infección pediátrica del VIH	53
□	Figura 6.1: Tasas de seroprevalencia de infección por VIH en clínicas de atención prenatal, América Latina, 1988-1996	50
□	Figura 6.2: Casos de SIDA pediátrico notificados en América Latina, por subregión, 1987-1996/97	51
□	Figura 6.3: Distribución porcentual de casos de SIDA pediátrico notificados, por subregión, América Latina, 1987-1996/97	52
7	Recomendaciones	55
□	Sobre la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA	55
□	Sobre el monitoreo de la mortalidad por SIDA	56
□	Sobre el monitoreo de la diversidad del VIH en América Latina y el Caribe	57
□	Sobre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	57
□	Sobre los usuarios de drogas inyectables y de otras sustancias	58
□	Sobre la transmisión heterosexual del VIH	59
□	Sobre la transmisión madre-hijo	59
	Lista de participantes	61



La Red de Vigilancia de la Pandemia del SIDA (VPS)

La VPS es una red independiente constituida por expertos en el tema cuyo objetivo es evaluar la situación y las tendencias de la pandemia mundial del VIH y el SIDA. La Red fue fundada en 1996 con la colaboración de las siguientes instituciones: el Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP) de Family Health International; el Centro para la Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA).

La Red cuenta con más de 100 asociados en 40 países, entre los que se encuentran epidemiólogos, especialistas en modelos matemáticos, comportamiento, salud pública y desarrollo internacional, que se integraron por medio de un proceso de nominación y que actualmente guía un Comité Directivo Mundial Interino. Las actividades, procedimientos operativos y estructura final de la VPS será determinada por sus miembros en la XII Conferencia Internacional de SIDA que se llevará a cabo en Ginebra a fines de junio de 1998.

La VPS tiene por objetivo principal proveer datos analíticos, de alta calidad y actualizados de las últimas informaciones sobre la pandemia, con el fin de mejorar las intervenciones sociales, de prevención y atención en todo el mundo.

Los talleres de la VPS y las reuniones de sus miembros se llevan a cabo conjuntamente con conferencias sobre VIH y SIDA regionales e internacionales. De esta forma la Red puede operar con fondos mínimos y distribuir rápidamente los resultados de sus análisis entre los participantes a las conferencias. Cuando es necesario, se realizan también conferencias especialmente organizadas, con la colaboración de expertos de la VPS u otros invitados. Los expertos regionales reciben el estímulo y apoyo de la Red para obtener, analizar, sintetizar y diseminar la información de carácter regional, que luego incorpora a los informes mundiales.

También se invita a las organizaciones de servicio en SIDA y las redes regionales de personas que viven con VIH o SIDA a participar en los talleres de la VPS. La organización trabaja para construir una atmósfera de consenso y armonía, sensible a las diferencias culturales, y de respeto mutuo en lo que respecta a puntos de vista conflictivos. La base de su funcionamiento es voluntaria y por medio de contribuciones personales e institucionales, con apoyo limitado de organizaciones internacionales, incluso el ONUSIDA; esto le permite dar una visión independiente de los aspectos relacionados con la pandemia del VIH y el SIDA.

Los informes de la VPS están disponibles en las siguientes páginas de la Internet:

Family Health International: <http://www.fhi.org>

FXB Center for Health and Human. Rights: <http://www.hri.ca/partners/fxbcenter>

ONUSIDA: <http://www.unaids.org>

Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org>

Presidentes del Comité Directivo Mundial Interino

Daniel Tarantola
Peter Lamptey

Miembros del Comité Directivo Mundial Interino

Chris Archibald
Stephen Blount
Tim Brown
Jean-Baptiste Brunet
Jim Chin
Antonio Gerbase
John Kaldor
Rob Moodie
Bernhard Schwartländer
Karen Stanecki Delay
John Ward
Fernando Zacarías
Debrework Zewdie

Coordinadora del Informe
Mary O'Grady

Secretariado Interino de la VPS:

Proyecto para la Prevención y Control y del SIDA (AIDSCAP)

**Family Health International
2101 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22201 E.U.A.
Teléfono: (703) 516-9779, interno 196
Fax: (703) 516-9781**

1

Introducción

La Red de Vigilancia de la Pandemia del SIDA (VPS), es una red independiente que tiene por objeto vigilar la situación global de la pandemia mundial de VIH y el SIDA y sus tendencias. Fue organizada en forma conjunta por el Proyecto para la Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de Family Health International, el Centro para la Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA). La Red convocó un simposio de tres días titulado “Situación y tendencias de las Epidemias de VIH/SIDA/ETS en América Latina y el Caribe”, al cual el Programa Nacional sobre ETS/SIDA del Ministerio de Salud del Gobierno de Brasil generosamente sirvió de anfitrión. Ese simposio se realizó en preparación para la XI Conferencia Latinoamericana sobre SIDA que se llevó a cabo en Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre de 1997.

Este simposio de la VPS fue el primero sobre el tema dedicado a América Latina y el Caribe, y el cuarto en una serie de simposios regionales y mundiales sobre la “Situación y tendencias” organizados para comprender mejor la trayectoria de la pandemia del VIH y el SIDA. En diciembre de 1995, AIDSCAP y la Universidad de Harvard organizaron el primer simposio titulado “Situación y tendencias de la Epidemia del VIH y el SIDA en África,” que se llevó a cabo en Kampala, Uganda, con anticipación a la XI Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS. AIDSCAP, la Universidad de Harvard y el ONUSIDA organizaron subsecuentemente un simposio titulado “Situación y Tendencias de la Pandemia Mundial del SIDA”, en Vancouver, Canadá, con antelación a la XI Conferencia Internacional Sobre el SIDA en julio de 1996. Solo 10 días antes del simposio de Río de Janeiro, la VPS convocó el primer Simposio Oficial y el tercero sobre “Situación y Tendencias” titulado “Situación y Tendencias de la Epidemia del VIH y el SIDA en Asia y el Pacífico. Este último tuvo lugar antes del Cuarto Congreso Internacional sobre el SIDA para Asia y el Pacífico, y se llevó a cabo en Manila, Filipinas, a finales de octubre de 1997.

Estos tres simposios sobre situación y tendencias fueron fundamentales para centrar la atención internacional de los niveles de decisión, gerentes de programas y de los medios de difusión en la pandemia mundial y las epidemias regionales de la infección y el VIH. Los simposios recibieron cobertura en los medios de prensa locales y la publicación de los informes lograron captar la atención de los medios de difusión internacionales. El Informe Final del Simposio sobre Situación y Tendencias de Vancouver fue traducido al chino, francés, japonés, portugués, ruso y español, y fue distribuido mundialmente. El informe del Simposio de la Red de VPS de Río de Janeiro se distribuyó en el XI Congreso Latinoamericano sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y V Conferencia Panamericana sobre el SIDA realizada en Lima, Perú en diciembre de 1997. También lo difundirán internacionalmente en forma electrónica las tres organizaciones fundadoras de la Red.

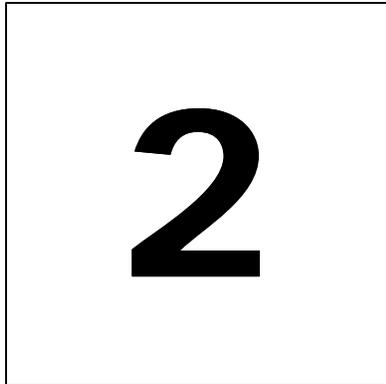
El VPS también ha preparado el informe sobre el Estado y Tendencias de la Epidemia de VIH/SIDA en África, 1997-1998 en diciembre de 1997 en Abidjan, Côte d'Ivoire. Este se distribuyó durante la X Conferencia Internacional sobre ETS y SIDA que se celebró en Abidjan, África, 7-11 de diciembre de 1997.

El Simposio de Situación y Tendencias de Río de Janeiro reunió a 35 participantes invitados de América Latina, el Caribe y otras regiones, seleccionados por su experiencia y trabajo en VIH y el SIDA. Los objetivos del simposio fueron:

- Presentar y compartir conocimientos actualizados sobre la situación de las epidemias del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe y sus tendencias, y analizar esta información en el ámbito mundial;
- Analizar los diferentes patrones epidemiológicos y de comportamiento que se presentan en las epidemias del VIH y el SIDA entre las diversas poblaciones de la Región;
- Identificar las necesidades específicas de datos para vigilar y predecir las epidemias del VIH y el SIDA en la Región; y
- Producir y diseminar un informe de consenso sobre la situación actual de las epidemias del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe y en las tendencias actuales y proyectadas para estas epidemias en la Región.

El informe de consenso fue redactado a los pocos días del simposio, traducido al español y diseminado a los participantes y medios de difusión en la conferencia de Lima. Los participantes del Simposio de la VPS de Río de Janeiro fueron los coautores de este informe y el mismo refleja el consenso surgido en cuanto al análisis, determinaciones y recomendaciones presentadas durante ese simposio. Su meta es proveer información que pueda ser usada por organismos tanto internacionales como locales para estudiar los aspectos más importantes de la historia de las epidemias regionales del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe; determinar la situación actual y las tendencias de estas epidemias, y tomar acción inmediata para reforzar las respuestas regionales y mundiales a la epidemia.

Este informe será distribuido a los ministerios de gobierno, organizaciones no gubernamentales, instituciones donantes y a un sector más amplio de los medios de difusión de América Latina y el Caribe, América del Norte y otras regiones.



Resúmenes mundial y regional de las epidemias del VIH, el SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual

La situación mundial

Se calcula que en todo el mundo habría 30,6 millones de personas que viven con el VIH, el virus que causa el SIDA, incluso 1,1 millones de niños menores de 15 años de edad. Un promedio de 16.000 personas se infecta diariamente con el VIH. Si las tendencias actuales continúan, más de 40 millones de personas estarán viviendo con el VIH de aquí al año 2000. Más de 90% de las personas que tienen VIH o SIDA viven en países en desarrollo de Asia, África y América Latina y el Caribe. Mientras algunas de las epidemias de VIH y SIDA de varios países desarrollados están alcanzando una planicie o, incluso disminuyendo, entre ciertas poblaciones, en general la propagación del VIH continúa aceleradamente en la mayoría de los países.

En los últimos cinco años, se calcula que el número acumulado de personas infectadas con el VIH desde el comienzo de la pandemia se triplicó: de unos 12 millones de infectados en 1992 a más de 40 millones en diciembre de 1997. Se espera que el número de infecciones de VIH acumuladas para el año 2000 llegue a 60 millones. El crecimiento acelerado de la pandemia mundial se ve agravado por la naturaleza compleja de las epidemias del VIH y el SIDA y las diversas formas en que se propagan. Es frecuente que la epidemia se extienda en patrones diversos en diferentes comunidades y áreas geográficas dentro de un mismo país. Por esto, la recolección de información, el análisis y la diseminación de datos sobre la pandemia son indispensables para poder rastrear el curso de las diferentes epidemias del VIH, el SIDA y las ETS, poder afectar su trayectoria en el futuro y evitar que la epidemia se extienda a la población general en aquellos países donde aún no ha madurado.

El VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe

Esta Región incluye los países y territorios de América desde México hasta la punta del Cono Sur de Sudamérica. El total de la población de los países de la Región es 476 millones de habitantes, o sea, 8,4% de la población mundial de 5.700 millones de personas. Se calcula que en el total de estos países habría 1,6 millones de personas que viven con el VIH, lo cual equivale a 5,4% del total mundial (diciembre de 1997).

Las epidemias de VIH en América Latina y el Caribe reflejan la misma heterogeneidad que en el resto del mundo: difieren tanto de país a país como dentro de cada nación. En su mayor parte, el VIH en esta Región se concentra en las poblaciones marginadas social y económicamente. El VIH y el SIDA han causado su mayor daño entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y entre las personas que consumen drogas inyectables. En algunos lugares se ve una clara expansión entre la población analfabeta y los sectores más empobrecidos de la sociedad. La recolección sistemática de datos es muy difícil entre estos grupos, y la información que existe, muy limitada. Sin embargo, la información sobre México muestra que el 40% de los casos de SIDA notificados ha ocurrido entre hombres que tienen relaciones homosexuales. La prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas de la Región varía entre 5% y 11% en México, y puede llegar hasta 30% en Perú y Brasil.

El aumento de la tasa de prevalencia de infección entre las mujeres señala que la transmisión heterosexual está teniendo mayor alcance. En el Brasil, la razón hombre:mujer de casos de SIDA está disminuyendo, debido al aumento de los casos de mujeres debidos a la transmisión heterosexual, y al aumento del número de mujeres que usan drogas inyectables. A pesar de que la prevalencia de infección entre mujeres embarazadas continúa relativamente baja en general, ya alcanza 1% en Honduras y más de 3% en Porto Alegre, Brasil. Estas tasas son considerablemente más altas en el Caribe. En Haití, estudios realizados en 1993 mostraron que más de 8% de las mujeres embarazadas estaban infectadas con el VIH; no se dispone de datos más recientes de este país.

Sin embargo, esta Región aún tiene una gran oportunidad: *todavía hay tiempo para detener la propagación del VIH a la población general*. No obstante, ello exigirá hacer más hincapié en la satisfacción de las necesidades de prevención específicas de las poblaciones marginadas y empobrecidas.

Dentro de lo limitada que ha sido la epidemia del VIH en la Región, el SIDA ya ha tenido repercusiones considerables. En México, el SIDA fue la tercera causa de defunción de los hombres de 25 y 34 años de edad en 1995, y la tendencia continúa en aumento. Desde 1992 el SIDA ha sido la causa principal de muerte entre las mujeres de 20 a 34 años de edad en el estado de Sao Paulo. Existen sin embargo, dos razones auspiciosas: el uso de cocaína inyectada se ha reducido en algunas zonas, incluso a Sao Paulo; y se ha documentado un descenso en la mortalidad por SIDA similar al observado en Europa Occidental y América del Norte que se atribuye al incremento en el uso de tratamiento antirretrovirales.

Cuadro 2.1 Epinotas: Un nuevo instrumento para monitorear la epidemia

El análisis de la situación del VIH y el SIDA y sus tendencias en la Región durante el Simposio de Río de Janeiro estuvo basado en las Epinotas. Estas han sido elaboradas por el ONUSIDA, la OMS/OPS, el Grupo Técnico para la Cooperación Horizontal y otros organismos como instrumento de recolección y diseminación de información, con el fin de promover la producción de información uniforme en todos los países de la Región. Las Epinotas contienen un resumen de indicadores demográficos y económicos, datos de vigilancia epidemiológica sobre la prevalencia del VIH, casos de SIDA en adultos y pediátricos, mujeres y SIDA, estimados de prevalencia del VIH entre adultos, prevalencia e incidencia de ETS, e información sobre los programas nacionales de ETS y SIDA y sobre otras fuentes de información. El refinamiento de las bases de datos usadas para crear Epinotas, y, en particular, el mejoramiento de la vigilancia del comportamiento ayudará a vislumbrar la verdadera situación del VIH y las ETS, permitirá establecer programas de prevención mejor definidos y más eficaces.

Como en otras regiones del mundo en desarrollo, América Latina y el Caribe incluyen países que abarcan todo el espectro del desarrollo, y sufren epidemias muy diversas y localizadas, estimuladas por diferentes factores y modos de transmisión. A continuación se incluyen algunos puntos sobresalientes del análisis por subregión (una lista de los países que constituyen cada subregión está en el cuadro 2).

En las ciudades más importantes de **México**, el coito entre hombres es la ruta principal de transmisión. Por otra parte, la transmisión relacionada con el uso de drogas inyectables está comenzando a notarse en el noroeste del país. La transmisión heterosexual es más común a lo largo de la frontera sur y en las zonas rurales. Las infecciones relacionadas con transfusiones ha disminuido drásticamente en los últimos ocho años.

En **Centroamérica**, hay cinco países que parecen tener epidemias en fase temprana o muestran un crecimiento lento. En Honduras, sin embargo, la epidemia parece estar más establecida, ya que a pesar de que tiene solo 17% de la población en la subregión, ha notificado casi la mitad de los casos de SIDA de América Central. En esta subregión las infecciones predominan en las capitales o ciudades más importantes, donde las relaciones sexuales con fines comerciales tienen un papel preponderante en la transmisión del VIH. Por el contrario, los casos de las zonas rurales están más relacionados con la migración. A partir de 1987, se ha visto un gran cambio de la epidemia, que tiende hacia la transmisión heterosexual y a afectar a la población joven.

En los países francófonos e hispanohablantes del **Caribe Latino**, el VIH se propaga principalmente por las relaciones heterosexuales. En Haití y la República Dominicana la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en clínicas prenatales varía del 1% a 9%. En el resto de los países del Caribe existen algunas epidemias entre personas que se inyectan drogas y entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Sin embargo, la transmisión heterosexual ha sido el modo principal de transmisión desde 1986, lo cual se refleja en una prevalencia de infección entre mujeres embarazadas que varía entre 1% y 7%. Esta subregión se caracteriza por la alta movilidad de su población y el turismo, ambos factores que pueden influir en la propagación del VIH.

El modo predominante de transmisión en el **Área Andina** continúa siendo el contacto sexual entre hombres. En general, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas es prácticamente cero.

En el **Brasil**, donde se calcula que actualmente hay más de 500.000 infecciones por VIH, las vías de transmisión son múltiples y variadas. La transmisión entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y entre usuarios de drogas inyectables ha predominado hasta ahora; sin embargo, existe una creciente epidemia provocada por la transmisión heterosexual. En las zonas urbanas, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas varía de 1% a 5%. La prevalencia entre trabajadoras sexuales es alrededor de 5% y entre consumidores de drogas inyectables, entre 33% y 60%. En general, la epidemia ha hecho un giro hacia las poblaciones más jóvenes, empobrecidas y rurales (véase el cuadro 2.2).

Cuadro 2.2: El VIH y el SIDA en Brasil

El primer caso de SIDA en Brasil data del año 1980, si bien su diagnóstico se hizo retrospectivamente. Los primeros casos fueron por transmisión entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Desde entonces, las infecciones se transmiten por la vía sexual, por la inyección endovenosa de drogas y de la madre a su bebé. En la actualidad, la transmisión sexual (tanto homosexual como heterosexual) causa la mayoría de los casos notificados y predomina la transmisión heterosexual.

La relación entre el uso de drogas inyectables y la transmisión heterosexual se ve claramente en el análisis de la información sobre compañeros sexuales de personas con SIDA cuya infección por el VIH se atribuye al uso compartido de agujas hipodérmicas. Entre los casos de transmisión heterosexual, 19% de los hombres y 35% de las mujeres tenían una pareja sexual que usaba drogas inyectables. Además, otro 66% de hombres infectados por la vía heterosexual tenían parejas múltiples. Entre las mujeres, esta proporción llegaba a 27%.

Históricamente, la primera fase de la epidemia en Brasil fue por transmisión sexual, principalmente entre hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres. Sin embargo, la segunda fase comenzó con el inicio de la transmisión por uso de drogas inyectables con agujas compartidas.

La fase actual presenta cinco tendencias distintas:

1. *Aumento de la transmisión heterosexual.* El primer caso atribuible a la transmisión heterosexual fue notificado en 1984. A partir de 1990, la curva de los casos de SIDA atribuidos a la transmisión heterosexual comenzó a cruzarse con la de la transmisión por contacto homosexual y bisexual. En 1996, la transmisión heterosexual causaba 56% de los casos de SIDA atribuibles a transmisión sexual.

...Cuadro 2.2: El VIH y el SIDA en Brasil

2. *Grupos de edad más joven.* Desde el comienzo de la epidemia, los grupos de edad más afectados fueron los de 20 a 49 años de edad. La importancia de este hecho radica en que estos son los grupos de mayor actividad económicamente. Los análisis de casos notificados de SIDA indican que la mediana de edad de los casos por uso de drogas inyectables y por contacto heterosexual está disminuyendo considerablemente. Los hombres que se han infectado por medio del coito con otros hombres suelen tener más de 30 años de edad. Sin embargo, los que se infectan al usar drogas inyectables corresponden a menores de 30 años de edad. No obstante, entre los últimos se ve una tendencia hacia las edades más jóvenes cuando en el análisis se hace el desglose por categoría de transmisión y cohorte de nacimiento.
3. *Mayor igualdad entre los sexos.* El primer caso de SIDA en una mujer fue notificado en 1983. La razón de casos de SIDA hombre:mujer, que era de 16:1 en 1986, ha bajado a 3:1 en la actualidad. Algunas zonas del país informan que esta razón ha disminuido a 2:1.
4. *Menor educación.* Como indicador socioeconómico, en el Brasil se usan datos del grado de educación. Al principio de la epidemia, casi todos los afectados tenían por lo menos educación secundaria. Ya en 1996-1997, más de 60% de todos los casos notificados se presentaban entre personas que tenían sólo educación primaria. Cuando se analizan conjuntamente el grado de educación y la razón hombre:mujer, se observa que durante el período de 1993 a 1997, entre los pacientes de SIDA analfabetos este último indicador era 1,8:1. El grado de educación de hombres y mujeres con SIDA por transmisión heterosexual o por uso de drogas inyectables es más bajo que entre los casos por transmisión homosexual.
5. *Propagación mayor en las zonas rurales.* La quinta característica en Brasil es la tendencia hacia una propagación mayor en zonas rurales. Mientras que en 1987 la epidemia se limitaba a unas 708 municipalidades, hoy hay 2.585 con por lo menos un caso de SIDA notificado. La transmisión debida a transfusión sanguínea aún sigue ocurriendo en las áreas rurales.

En conjunto, se calcula que unas 448.000 personas entre 15 y 49 años de edad están viviendo con el VIH en Brasil. Se ha notificado un total de 116.386 casos de SIDA al Ministerio de Salud desde el comienzo de la epidemia. En el período de diciembre de 1996 a febrero de 1997, el número de casos nuevos notificados aumentó a 10.000, comparado con 5.808 casos notificados en el trimestre siguiente. Este aumento podría deberse a los esfuerzos del equipo de vigilancia para reducir el subregistro y a la introducción del nuevo tratamiento antirretroviral.

En el **Cono Sur** la epidemia muestra una imagen variada, aunque la transmisión afecta principalmente a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y a los usuarios de drogas inyectables. Las epidemias se presentan en los centros urbanos más grandes. En la Argentina se notifica una prevalencia de VIH que varía entre 1% y 3% entre mujeres embarazadas, y entre el 6% y 11% entre las trabajadoras sexuales. Si bien la población del Uruguay es mucho menor que la de Argentina, el número anual de nuevos casos de SIDA diagnosticados es muy similar en ambos países. La propagación del VIH en Chile por el momento continúa circunscrita a los hombres que tienen relaciones con otros hombres y a los usuarios de drogas inyectables.

Cuadro 2.3: Las enfermedades de transmisión sexual en América Latina y el Caribe

La vigilancia de la incidencia y prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) cobra doble importancia con la epidemia del VIH y el SIDA. En primer lugar, la presencia de una ETS no tratada en uno de los miembros de una pareja, aumenta el riesgo de transmisión del VIH de 4 a 10 veces, si uno de los dos estuviese infectado con ese virus. Por el contrario, se ha demostrado que el tratamiento oportuno efectivamente reduce el número de nuevas infecciones de VIH. Otra razón para llevar a cabo la vigilancia de las ETS es que estas enfermedades se transmiten durante el coito sin condón. Por consiguiente, el número de ETS es un buen indicador de la práctica de usar condón durante el coito y, por consiguiente, del potencial de propagación del VIH.

En 1996, la OMS hizo un cálculo de cuál sería la prevalencia e incidencia de sífilis, clamidia, gonorrea y tricomoniasis, con base en los datos disponibles de los sistemas de vigilancia universal y centinela de América Latina y el Caribe. La mayoría de los países de la Región tienen un sistema de vigilancia universal o centinela o ambos. El cálculo de la prevalencia generalmente se basa en estudios de mujeres embarazadas. Para calcular la incidencia (nuevas infecciones), se dividió la prevalencia por el período estimado de duración de la enfermedad (con base en la probabilidad de que una persona sintomática o asintomática hubiera recibido tratamiento). Estos cálculos arrojaron una incidencia para la Región de 36,2 millones de nuevas infecciones de ETS en 1996. El desglose por subregión y enfermedad se presenta en el cuadro siguiente. Sin embargo, estudios recientes de la prevalencia de sífilis señalan que esta llegaría a casi 3% entre las mujeres embarazadas, lo cual indicaría que las cifras anteriores podrían haberse estimado por debajo de lo real. La incidencia de ETS en América Latina y el Caribe en conjunto es más alta que en el mundo industrializado, más baja que en África al Sur del Sahara y similar a la de algunos países de Asia Sudoriental.

Cuadro 2.4: Estimados del número de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual (en miles), 1996

Subregión	Sífilis	Gonorrea	Clamidia	Tricomoniasis	Total
Región Andina	263	1.478	2.088	3.682	7.511
Cono Sur	145	812	1.147	2.022	4.124
Brasil	439	2.464	3.481	6.139	12.524
América Central	79	443	626	1.104	2.252
México	242	1.359	1.920	3.386	6.908
Caribe Latino	79	443	626	1.104	2.252
Caribe Inglés	20	115	162	286	584
TOTAL	1.268	7.114	10.051	17.722	36.155

Comportamiento sexual y uso de drogas en América Latina y el Caribe

Se han iniciado estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en Brasil, Chile, Cuba y México; los cuatro estudios se concentran en la población en general. Si bien los hallazgos principales son todavía preliminares, se ha logrado vislumbrar algunos aspectos. Por ejemplo, estudios piloto realizados en Brasil confirman la relación entre la mayor disponibilidad de información sobre el VIH y una reducción de los comportamientos de riesgo. Un grado más alto de alfabetización y una actitud menos caracterizada por el prejuicio hacia las personas con SIDA también contribuyeron a la reducción de los comportamientos de riesgo. Un estudio piloto realizado en Chile demostró que la autonotificación aunada al consentimiento informado de los entrevistados es claramente más efectiva que las entrevistas personales cuando se deben discutir puntos delicados acerca de la sexualidad.

Estudios realizados en La Habana, Cuba, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), examinaron una serie de indicadores de comportamiento sexual, entre ellos:

- *Uso de condones* en relaciones sexuales ocasionales con trabajadoras sexuales (17%; $n = 10.378$) o coito casual (21%; $n = 334.956$);
- *Fidelidad* (81% de 88.455 personas entrevistadas creía que su cónyuge o pareja estable era fiel; 48,6% de los hombres y 14,4% de las mujeres entrevistados durante el estudio de 334.956 personas informaron que habían tenido un compañero sexual casual en los últimos 12 meses); y
- *Percepción de riesgo personal de adquirir VIH* (en un estudio de 1,16 millones de personas, 64% creían que ellos no tenían riesgo y 24,5% creían que su riesgo de infectarse era bajo).

Finalmente, en México, un estudio de encuestas domiciliarias demostró:

- Que no había habido cambio en la edad promedio de iniciación sexual a lo largo de cohortes de nacimientos entre 1940 a 1970;
- Que había disminuido la edad de inicio de uso de anticonceptivos y de protección de las ETS y el VIH (de 27,4 a 17,2 años de edad para la cohorte de nacimientos de 1970); y
- Bajo uso del condón en general, aunque con índices más altos entre los jóvenes y en las zonas urbanas.

Hubo acuerdo en que este tipo de estudio es importante para poder modelar mejor el curso futuro de la propagación del VIH. Sin embargo, se necesita con urgencia complementarlos con investigaciones de las poblaciones más destacadas por su vulnerabilidad en cada país, especialmente los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Cuadro 2.5: Distribución del VIH entre ciertas poblaciones de América Latina

Subregión/país	Usuario drogas inyectables	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Parejas heterosexuales
<u>Area Andina</u>			
Bolivia	0	+	+
Colombia	0	++	+
Ecuador	0	+	+
Perú	0	+++	+
Venezuela	0	+++	+
<u>Brasil</u>	+++	+++	++
<u>América Central</u>			
Belice	0	++	++
Costa Rica	0	+++	++
El Salvador	0	++	++
Guatemala	0	+++	++
Honduras	0	++	++
Nicaragua	0	+++	+
Panamá	+	+++	++
<u>Caribe Latino</u>			
Cuba	+	+	+
República Dominicana	++	++	++
Haití	0	++	+++
México	+	+++	++
<u>Cono Sur</u>			
Argentina	+++	+++	++
Chile	+	++	+
Paraguay	+	+	+
Uruguay	++	++	+

Código

- +++ Alta o creciendo rápidamente
- ++ Relativamente baja o entrando en una planicie
- +
- 0 No tiene ninguna relevancia

Cuadro 2.6: Distribución del VIH entre ciertas poblaciones del Caribe

Subregión/país	Usuario drogas inyectables	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Parejas heterosexuales
Caribe			
Anguila	0	0	0
Antigua & Barbuda	+	++	++
Aruba	0	++	+
Bahamas	0	+	++
Barbados	0	++	++
Bermuda	+++	++	+
Islas Vírgenes Británicas	0	0	++
Islas Caimán	0	0	+
Dominica	0	+++	++
Guayana Francesa	+	++	++
Granada	0	+	+
Guadalupe	+	++	++
Guyana	+	++	+++
Jamaica	0	++	++
Martinique	+	++	++
Montserrat	0	0	0
Antillas Neerlandesas	++	++	++
San Kitts y Nevis	+	+	++
Santa Lucía	0	0	+
San Vicente y Granadinas	+	0	+
Suriname	+	++	++
Trinidad y Tobago	0	++	++
Turcas y Caicos	0	+	++

Código:

- +++ Alta o creciendo rápidamente
- ++ Relativamente baja o entrando en una planicie
- +
- 0 No tiene relevancia

Vigilancia del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe

La vigilancia de las epidemias del VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe se ha llevado a cabo principalmente por la notificación de casos de SIDA y su análisis. Hay todavía pocos programas de vigilancia centinela en la Región, por consiguiente, es difícil determinar el estado actual de las epidemias de VIH, y aún más difícil predecir su evolución futura.

De los estudios de prevalencia del VIH de que se dispone en algunos países, se podría concluir que las epidemias están recién comenzando o se concentran en poblaciones marginadas o abandonadas. En algunos países, la prevalencia del VIH es alta entre los usuarios de drogas inyectables o entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. No hay pruebas que demuestren que la epidemia haya alcanzado a la población general.

Sin embargo, el análisis más reciente de los datos de casos de SIDA notificados parece indicar que la propagación heterosexual de la epidemia del VIH en la mayoría de los países está aumentando entre los hombres y más aún entre las mujeres. El gran interrogante es si este aumento es debido a una verdadera propagación entre la población general o si se debe simplemente a que las infecciones están afectando a personas cuyas parejas son hombres que tienen relaciones bisexuales o son adictos a las drogas inyectables. Lamentablemente, debido a las limitaciones de la información sobre casos de SIDA, este interrogante no puede responderse por el análisis de los casos de SIDA.

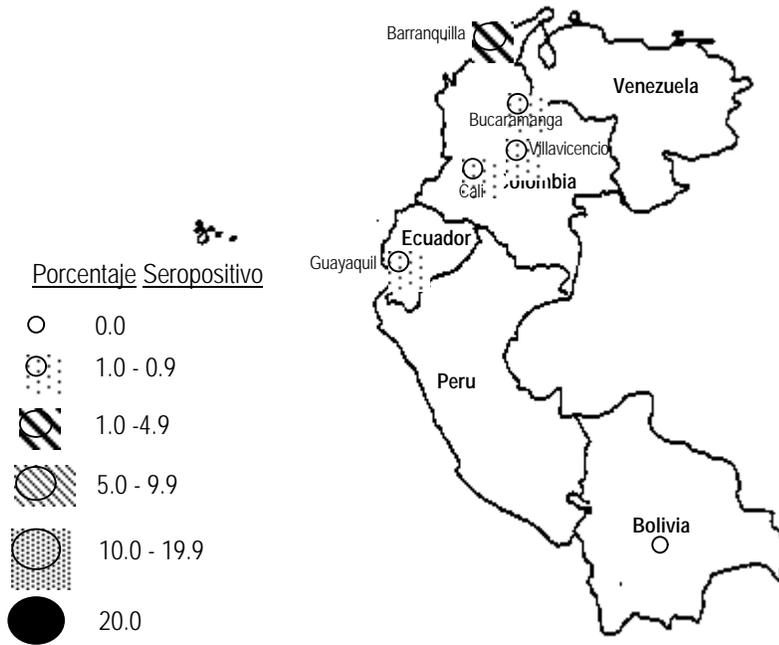
El uso de diferentes definiciones de caso de SIDA es un tema constante en muchas regiones del mundo, incluso América Latina y el Caribe. No solo existen diferentes definiciones entre países, sino también en un mismo país. Estas diferencias obstaculizan la comparación de la situación de cada país con respecto al SIDA.

El subregistro es otro factor significativo que limita el análisis de casos de SIDA notificados. Más aún, la subnotificación varía notablemente a lo largo del tiempo y entre países, por lo cual la comparación entre ellos es muy difícil de hacer. En consecuencia, la notificación de casos de SIDA deben acompañarse de información sobre prevalencia del VIH. La vigilancia centinela y los estudios transversales de poblaciones clave a lo largo del tiempo son necesarios para hacer una vigilancia adecuada de la progresión de las epidemias del VIH en la Región.

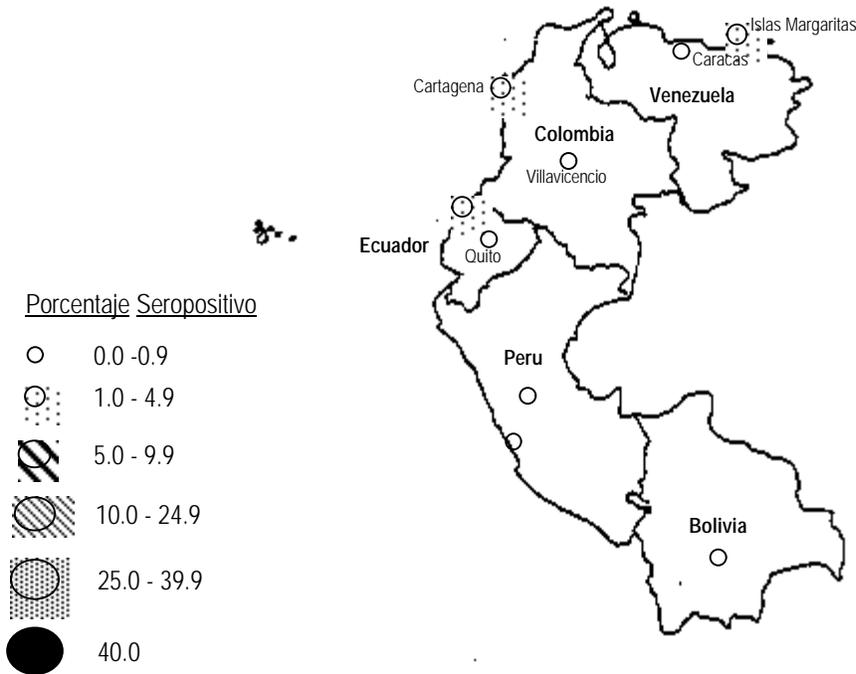
La vigilancia del VIH es indispensable para observar la evolución de la epidemia. El tipo de vigilancia que se establezca en un país específico dependerá de la situación individual de dicho país. Por ejemplo, en países donde la prevalencia entre grupos específicos de población de riesgo es muy baja, no hay razón para hacer pruebas de VIH en clínicas de atención prenatal. En esta situación es más práctico conducir una serie de estudios transversales entre subgrupos de población con comportamientos de alto riesgo; es poco probable que el estudio de muestras pequeñas de mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención prenatal provea datos significativos sobre la tendencia del VIH, ya que la seroprevalencia del VIH esperada es muy baja. Para determinar las tendencias del VIH en la población de riesgo, se requerirán muestras grandes de mujeres embarazadas. Para este caso, son más prácticas las encuestas transversales continuas de este subgrupo de población.

Además de la escasa información epidemiológica sobre la infección por VIH, hay una falta de datos sobre comportamientos sexuales y uso de drogas en toda la Región. Los estudios de vigilancia de los comportamientos entre poblaciones clave podrán proveer la información necesaria para elaborar estrategias de prevención e intervenciones.

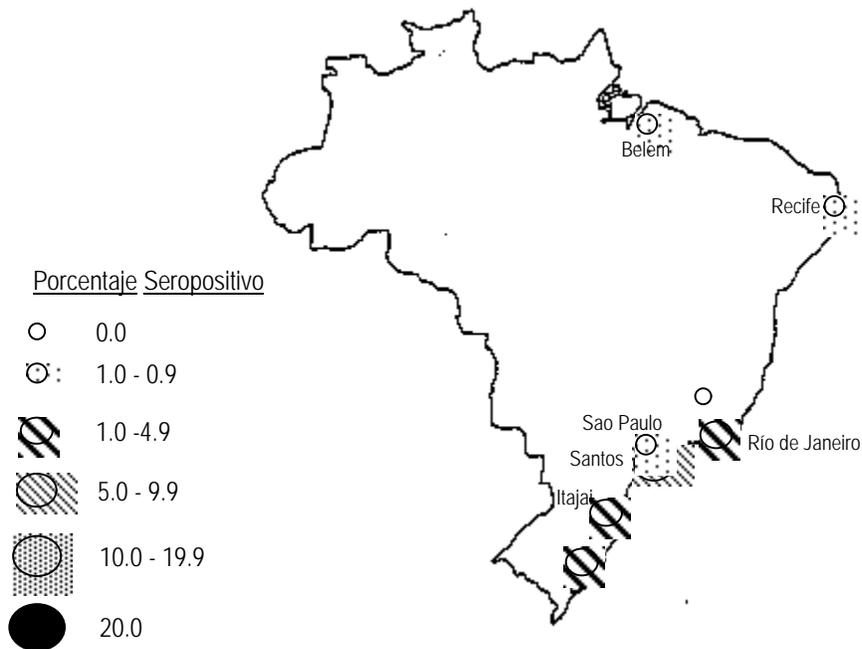
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Area Andina



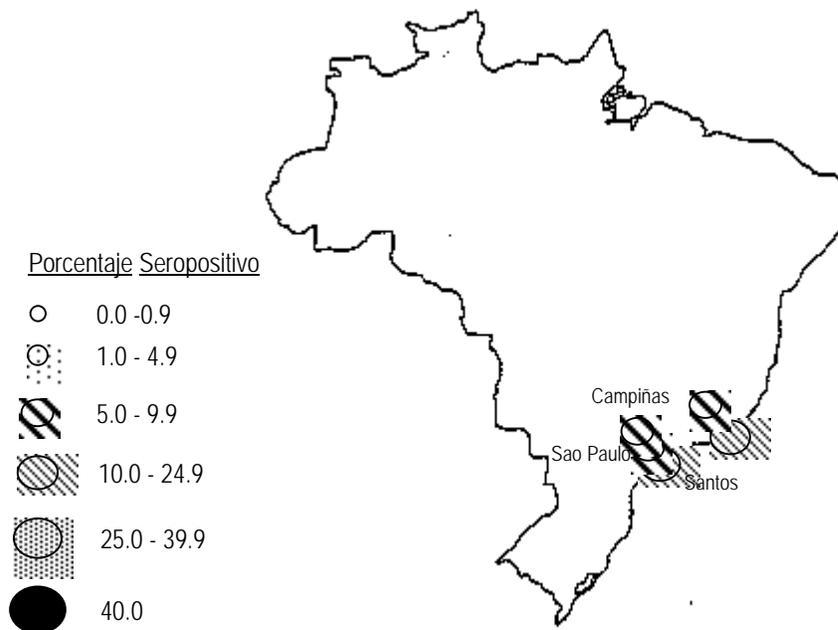
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Area Andina



Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en Brasil



Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en Brasil



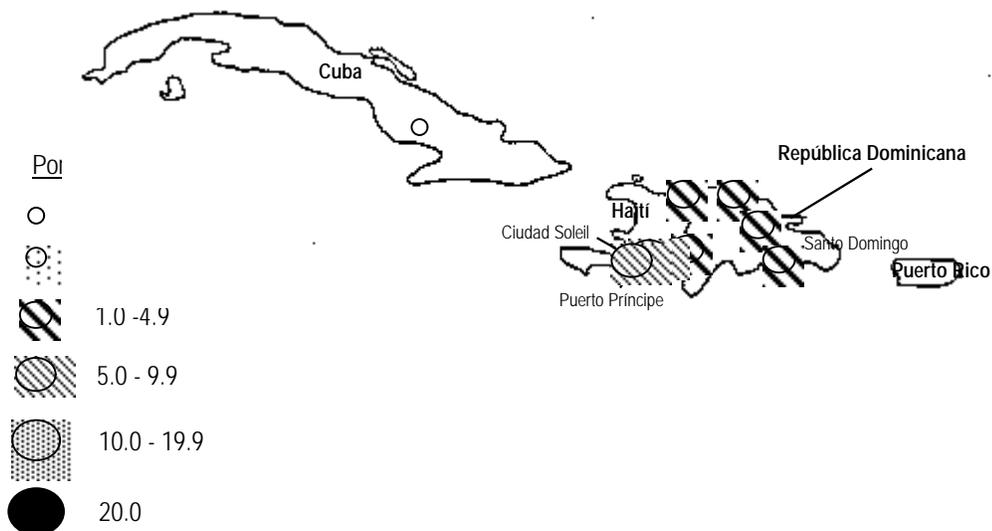
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en América Central



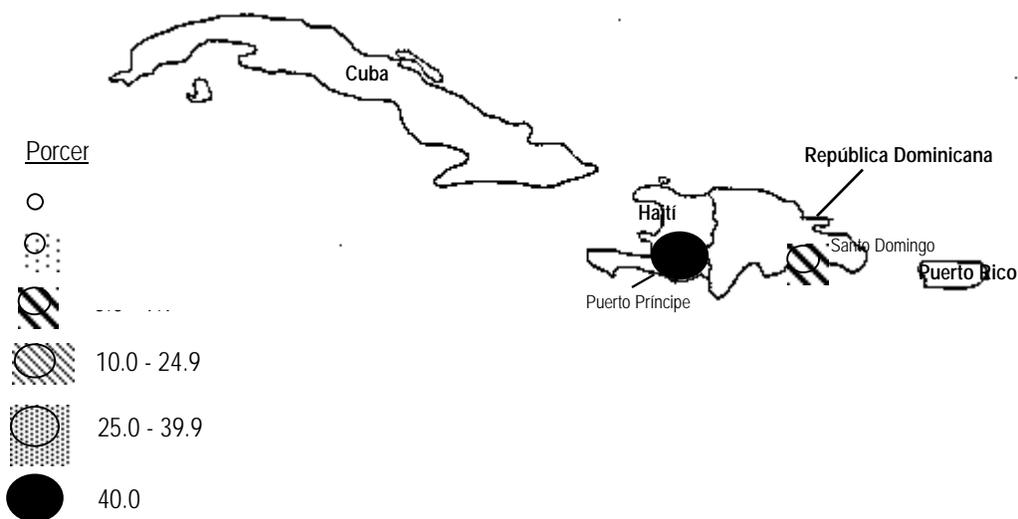
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en América Central



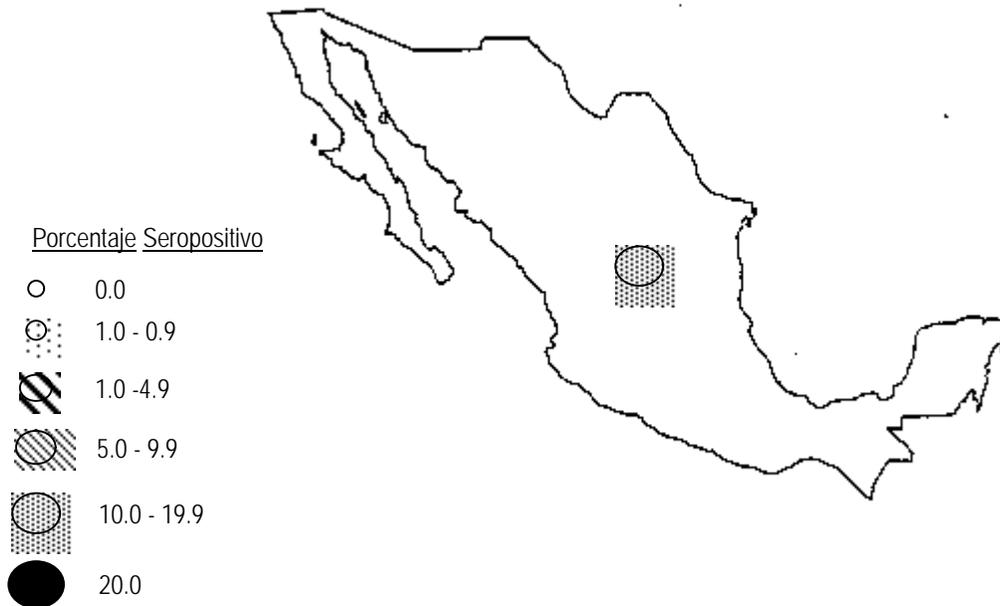
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Caribe Latino



Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Caribe Latino



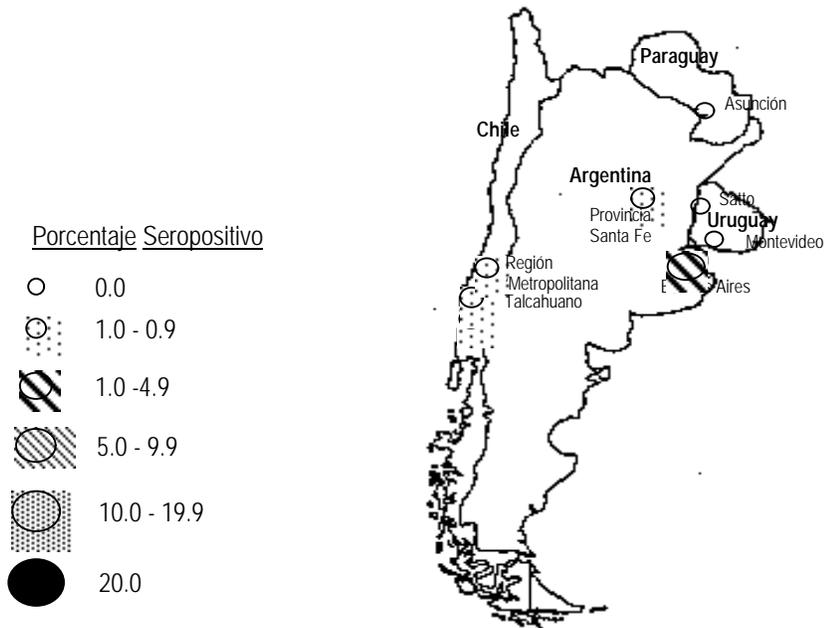
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en México



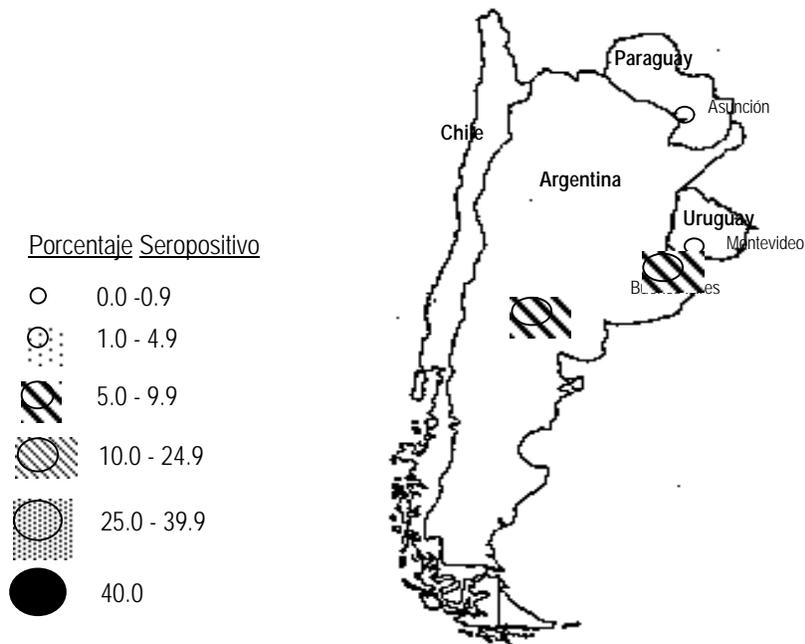
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en México



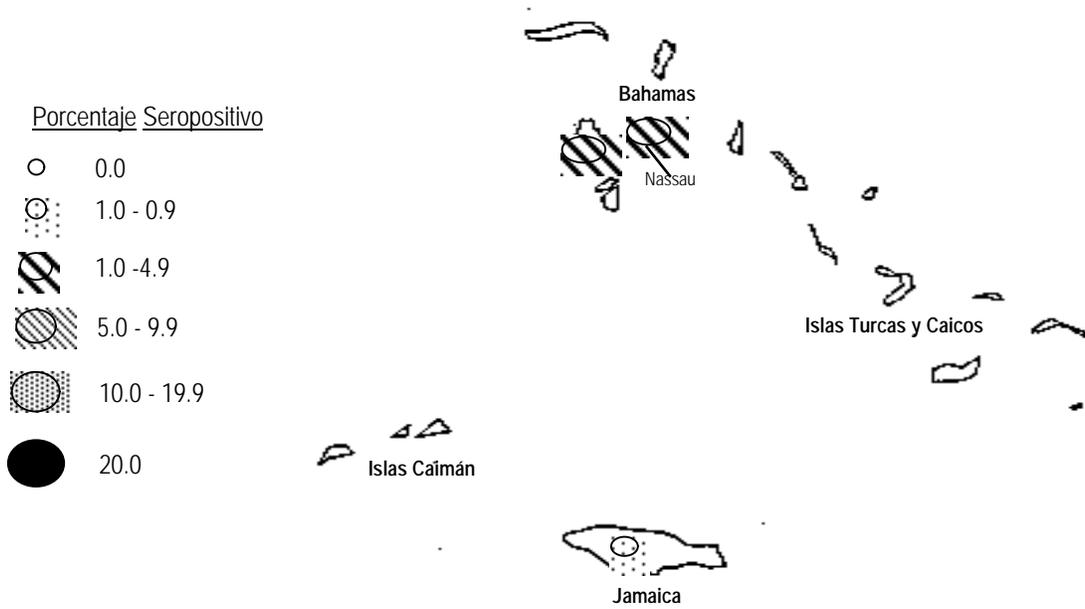
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Cono Sur



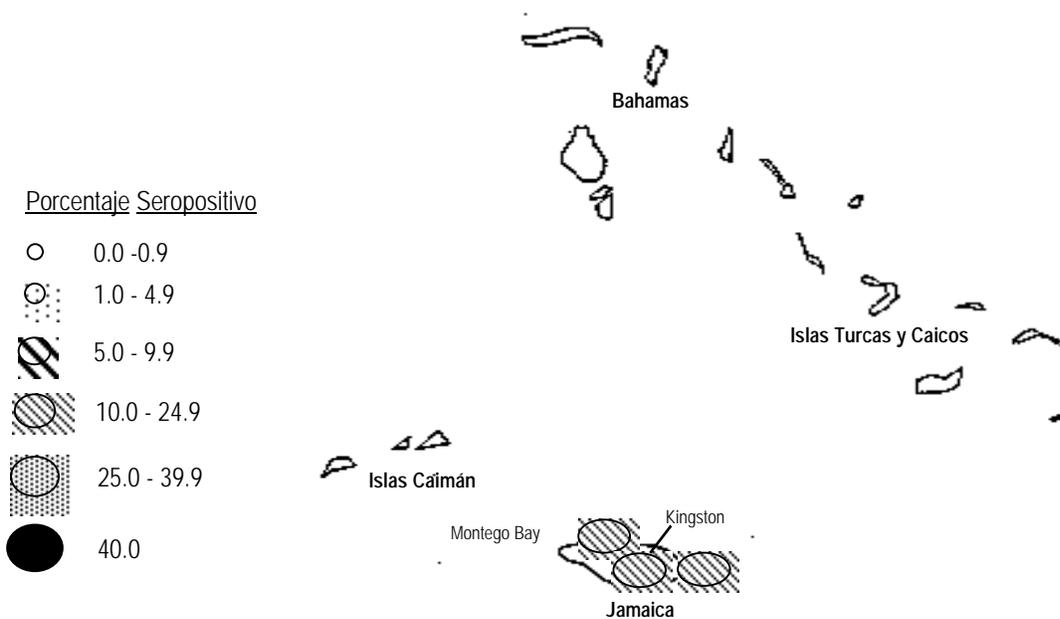
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Cono Sur



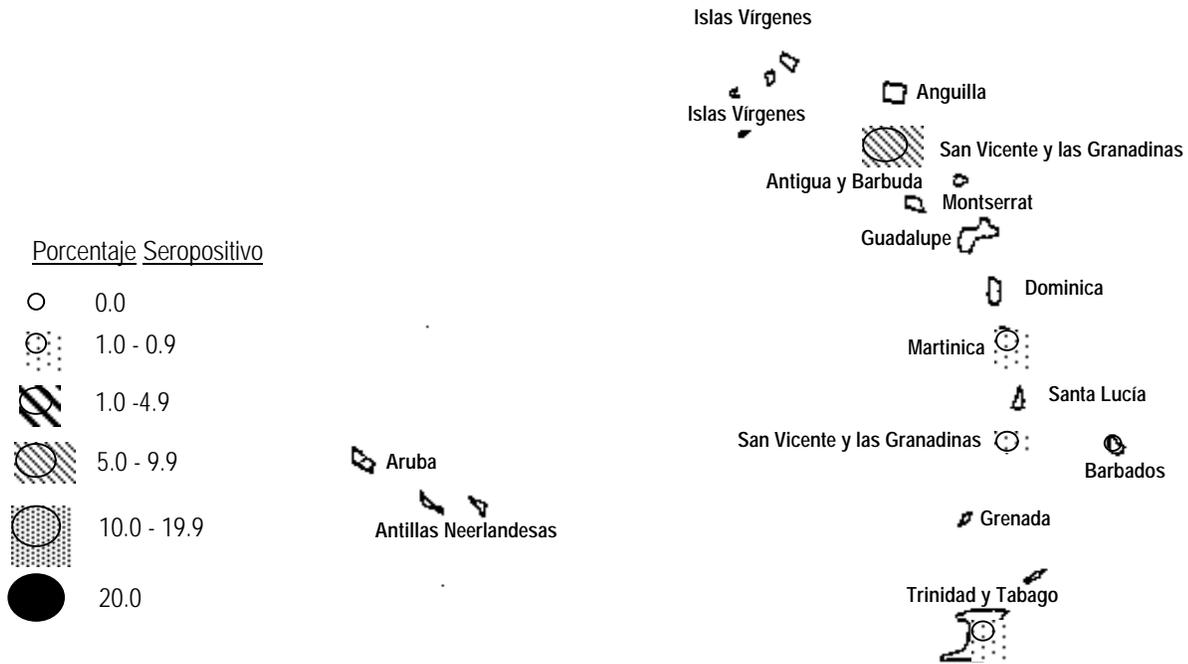
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Caribe Norte



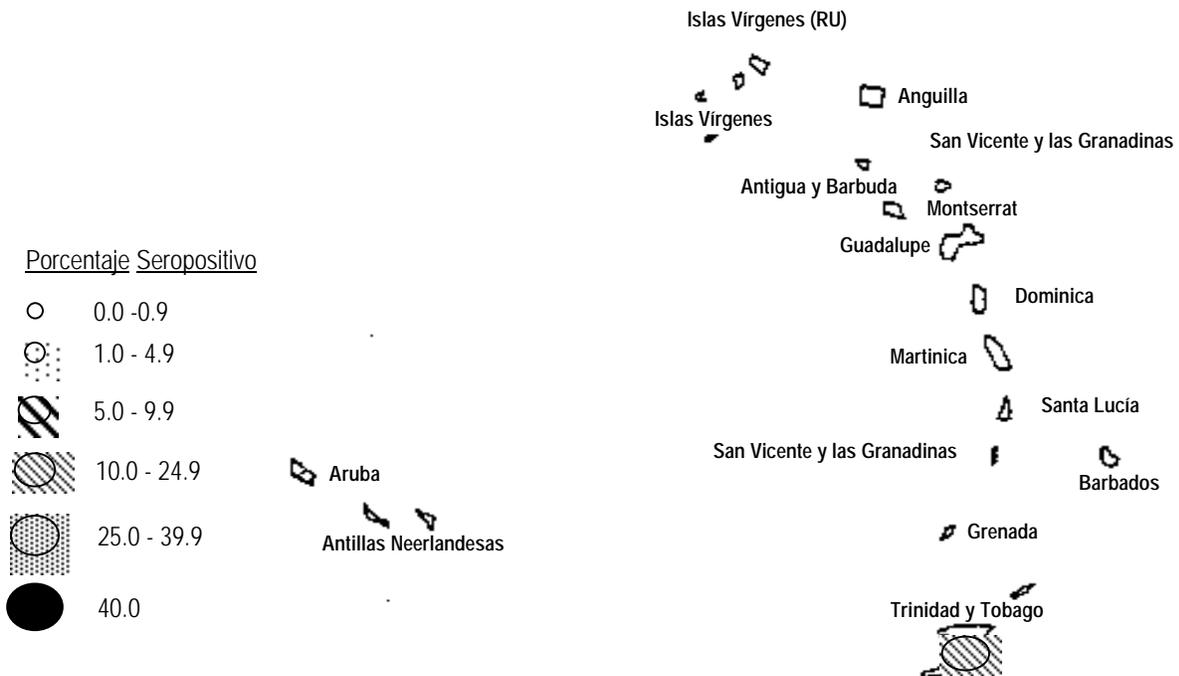
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Caribe Norte



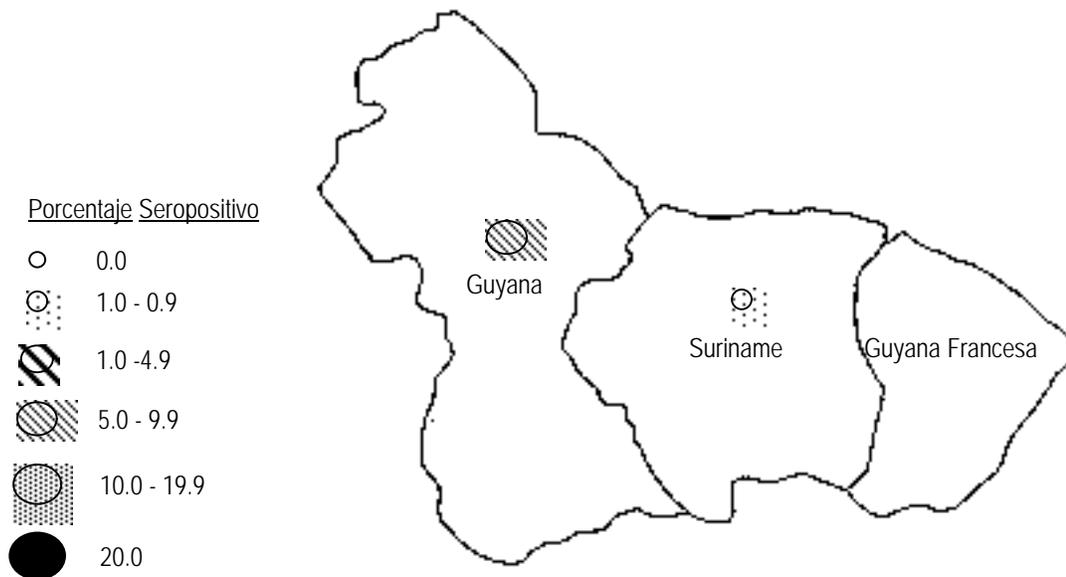
Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Caribe Central



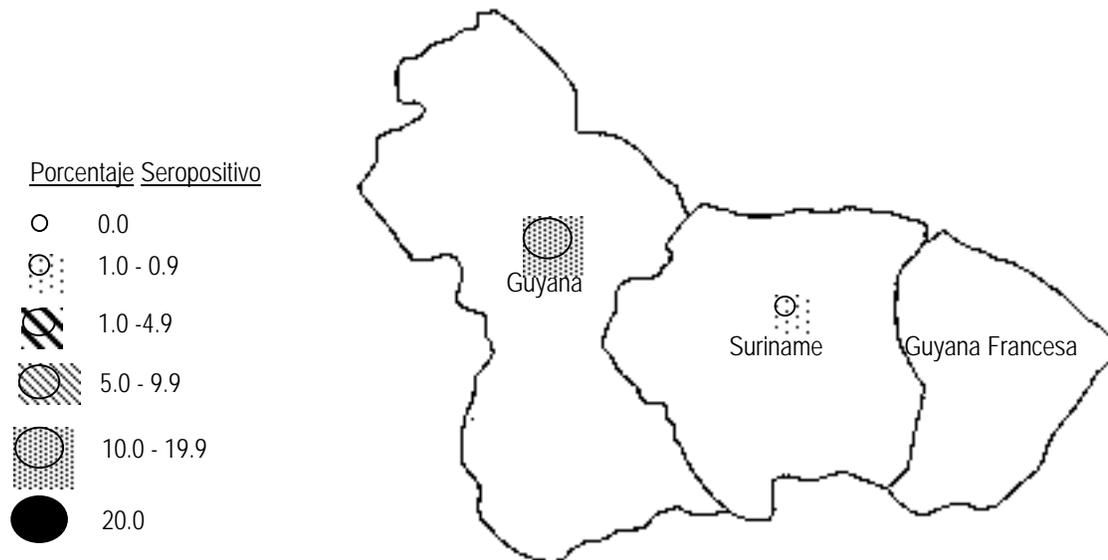
Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Caribe Central



Seroprevalencia del VIH-1 en mujeres embarazadas en el Caribe Sur



Seroprevalencia del VIH-1 en las trabajadoras del sexo en el Caribe Sur



El impacto del SIDA en la mortalidad

La medida del impacto del SIDA en América Latina y el Caribe puede verificarse con los datos de mortalidad. Sin embargo, es muy difícil evaluar la mortalidad por SIDA, dado que rara vez se dispone de la información. Aun así, la mortalidad podría usarse con el propósito de obtener apoyo de los dirigentes políticos.

En 1995, en México el SIDA fue la tercera causa de defunción entre los hombres de 25 a 34 años de edad, y la octava causa de muerte entre las mujeres de ese mismo grupo de edad. En un estudio realizado en México se analizó al SIDA como causa de mortalidad general en años de vida ajustados por incapacidad, y en 1996 la posición del SIDA cambió del lugar 26 al 20.

En Brasil, en el estado de Sao Paulo, durante 1995 la tasa de mortalidad por SIDA entre los hombres era de 72 por 100.000 habitantes, siendo la segunda causa principal de muerte para el grupo de 20 a 34 años de edad. La tasa de muerte por SIDA entre mujeres del mismo grupo de edad era 22,8 por 100.000: desde 1992 es la mayor causa de muerte entre este grupo de mujeres.

El ONUSIDA ha calculado que para el año 2000 en América Latina y el Caribe el SIDA causará más defunciones que los accidentes de tránsito. La mortalidad por SIDA en hombres de 15 a 44 años se cuadruplicará, de 17,8 por 100.000 en 1990 a 72,2 en el año 2000. Mientras tanto, se calcula que la mortalidad por accidentes de tránsito en este grupo cambiará durante el mismo período de 43,6 a 45,7 por 100.000 habitantes. Asimismo, para el año 2000 la mortalidad por SIDA aumentará entre las mujeres de 15 a 44 años de 4 a 16,3 por 100.000, mientras la tasa por accidentes de pasará de 13,2 a 15,3 por 100.000.

Como resultado de la mortalidad por SIDA, habrá un aumento del número de huérfanos. A medida que el VIH y el SIDA aumentan entre los grupos de población de los estratos económicos más bajos, el impacto del SIDA sobre la mortalidad también aumentará en este grupo, debido a las dificultades de acceso de estas personas a los servicios sociales y de salud.

El mayor problema en cuanto a la interpretación de los datos de mortalidad por SIDA es el subregistro, que podría llegar a ser de 75%. En muchos países, la razón del subregistro es el estigma asociado con las personas con SIDA.

La Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) no permite ver separadamente al SIDA como enfermedad infecciosa; y por lo tanto limita la evaluación de la tendencia de la mortalidad por SIDA. Durante el período de aplicación de la CIE-9, muchos países crearon procedimientos para analizar la mortalidad por SIDA, sin embargo los datos no pueden compararse con los de años anteriores. La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) está mejor diseñada para este propósito, sin embargo, su uso no se ha extendido a todos los países de nuestra Región

Otros factores que afectan el análisis de la mortalidad por SIDA incluyen las diferentes definiciones de caso en uso en los países y la ausencia de ciertas enfermedades, como el cáncer de cuello uterino, de la definición de caso propiamente tal.

La administración extensa de antirretrovirales ya ha impactado sobre las tendencias de la mortalidad, como se ha visto en São Paulo, Brasil. Para evaluar estas tendencias, se debe mejorar la notificación del SIDA y su mortalidad.

La diversidad del VIH en América Latina y el Caribe

El polimorfismo genético del VIH está relacionado con diferentes regiones geográficas. Esta variabilidad puede convertirse en un obstáculo en el desarrollo de una vacuna universal en contra del VIH y el SIDA. Esta variabilidad también puede estar asociada con los diferentes modos de transmisión y la patogénesis de la enfermedad, aunque no hay pruebas en la Región ni en el mundo que demuestren esta asociación o la ausencia de la misma. Además, la movilidad de la población y la frecuencia de los viajes nacionales e internacionales favorecen la rápida propagación de los subtipos de VIH.

Actualmente, se han detectado diferentes subtipos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe: Argentina (B, F, C), Bolivia (B, F), Brasil (B, F, C, D), Caribe (A, B, C, D), Chile, Ecuador, Honduras, México, Paraguay y Venezuela (B) y Uruguay (B, F, D).

Gran parte de estos datos nacionales fueron generados aisladamente por los propios países. Debido a la gran necesidad de obtener datos comparativos y confiables sobre la diversidad del VIH en América Latina y el Caribe, la estandarización de protocolos y métodos es de importancia capital.

La caracterización genética del VIH también se podrá usar como instrumento para investigar el complejo panorama que presenta la mezcla de subtipos en una región geográfica determinada y la evolución del virus en el futuro. Más aun, la diversidad del VIH se está usando para estudiar la historia natural de la epidemia.



3

SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES

Desde el comienzo de la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe, se ha notificado la transmisión homosexual y bisexual como el modo de transmisión más frecuente; esto incluye la notificación por medio de los informes de vigilancia epidemiológica y abarca hasta 43,5% del número de casos notificados en la Región. Sin embargo, durante la última década, se ha prestado poca atención a estos subgrupos de población, debido a la emergente propagación del VIH entre los usuarios de drogas endovenosas y por medio del contacto heterosexual. Dado que la importancia epidemiológica de estos subgrupos continúa siendo vital, deberán renovarse los esfuerzos para comprender la complejidad estructural, cultural y del comportamiento y el ámbito de las relaciones sexuales entre hombres en América Latina y el Caribe, así como su relación con los riesgos de contraer el VIH.

La diversidad que caracteriza a esta población

Obviamente, una proporción significativa de los hombres en la Región tiene relaciones sexuales con otros hombres; además, este comportamiento frecuentemente se acompaña de una actividad heterosexual concurrente, y no implica necesariamente una identidad homosexual ni adhesión a estereotipo de género alguno. En consecuencia, sin desatender las complejas conexiones entre identidad, deseo, comportamiento y estereotipo de géneros, la terminología de "hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres" define una opción de conducta y no la identificación cultural de un grupo. Al mismo tiempo la expresión no presupone homogeneidad, ya que por el contrario, incluye a grupos diversos en cuanto a identidad, clase social, papel en la sociedad y experiencias sexuales con mujeres.

El análisis de la información de la vigilancia epidemiológica

La información que provee la vigilancia epidemiológica de los casos de SIDA en América Latina y el Caribe indica que la transmisión del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres ha tenido y sigue teniendo alta importancia relativa en la Región, ya que se ha indicado como causa de transmisión en 43,5% de los casos notificados. Esta es la vía principal de transmisión del VIH entre los casos notificados en cuatro de las seis subregiones: Área Andina, México, Brasil y el Cono Sur (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1: Proporción casos de SIDA entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (notificados a OPS/OMS hasta 1997, para los que la transmisión hombre a hombre es la categoría probable de exposición)

Subregión	Número de casos	Casos con categoría de exposición conocida	Proporción (%) atribuida a transmisión entre hombres	Reducción en la proporción (%) (4 años)
Andina	19.601	9.710	60,4	-11
Cono Sur	12.434	7.840	45,6	-8
Brasil	94.997	76.485	43,2	-5
América Central	11.974	9.267	22,9	-6
México	29.962	21.298	55,8	-1
Caribe	11.029	8.007	14,5	-7
Caribe Latino	9.506	
TOTAL^a	189.503	132.607	43,5	

... No se dispone de datos.

^a No incluye datos específicos para el Caribe Latino.

En algunas zonas de la Región, como Brasil, la tendencia de los casos de SIDA notificados entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres parece estar experimentando una relativa estabilización. En otras, sin embargo, como el Área Andina y México, no se aprecia la misma situación. Es más, aunque en los últimos años en toda la Región ha habido una disminución de importancia relativa atribuida al contacto sexual en relación con otras formas de transmisión (según han surgido otras vías de transmisión, como se presenta en el cuadro 2), los números *absolutos* de casos de SIDA entre los hombres que tienen relaciones homosexuales continúan aumentando en todos los países.

Además, el número de casos de SIDA atribuidos a la transmisión por relaciones homosexuales continúa siendo alto, a pesar de que el coito entre hombres dista mucho de ser una práctica universal. Esto significa que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres todavía llevan una proporción más alta de la epidemia que la población general.

La evolución hacia una epidemia “heterosexual” que se ha visto en muchos lugares probablemente sea el reflejo de una serie de interrelaciones entre transmisión heterosexual y perinatal en las cuales el caso índice ha sido un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otros hombres. Ya que las mujeres afectadas en su mayoría son monógamas, el giro de la epidemia hacia la transmisión heterosexual no significa que se haya establecido un patrón heterosexual de la transmisión del VIH, como el de África al Sur del Sahara. En consecuencia, la epidemia de América Latina y el Caribe puede calificarse como concentrada entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (y en Brasil y el Cono Sur entre ese grupo y el de usuarios de drogas inyectables), con un giro creciente hacia la población general.

Finalmente, la información de los programas de vigilancia epidemiológica sobre las formas de transmisión debe analizarse cuidadosamente, puesto que los datos pueden contener múltiples limitaciones y sesgos. Hay varias formas de clasificación errónea que parecen ser frecuentes. En muchos casos, los hombres, particularmente los casados, prefieren ocultar sus relaciones homosexuales y, en consecuencia, pueden ser clasificados como casos de transmisión heterosexual. Por otro lado, los médicos de muchos países tienden a clasificar los casos masculinos de VIH como de transmisión homosexual sin considerar la información provista por el cliente propiamente tal. Finalmente, en algunos sistemas de vigilancia epidemiológica, la presencia de más de una categoría de exposición, relaciones homosexuales y uso de drogas inyectables, se ha simplificado en una clasificación jerárquica que presupone que una de las dos categorías puede explicar la mayoría de los casos de infección. En muchos países el contacto homosexual se ubica al tope de lista y, por lo tanto, es probable que la importancia de esta forma de transmisión esté exagerada.

Información sobre seroprevalencia

Los estudios de seroprevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres son escasos en la Región y los que existen presentan múltiples problemas metodológicos. Por ejemplo, es común el uso de procedimientos de muestreo diversos: se usan muestras de pacientes de clínicas o sintomáticos, sin los controles adecuados ni la documentación debida; sin referirse al tamaño de la muestra, a los procedimientos de obtención de la muestra ni a sus características sociales. Estas últimas sirven para describir una realidad extremadamente compleja en los estudios con base en la población (poblaciones heterogéneas difíciles de caracterizar). Por lo tanto, no hay información actualizada y fiable sobre las tendencias de la infección en este grupo de población.

A pesar de lo anterior, la mayoría de los datos disponibles señalan que la prevalencia varía entre 5% y 20%. El cuadro 3.2 presenta información de algunos estudios publicados durante los últimos años.

Cuadro 3.2: Seroprevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (América Latina y el Caribe)

Subregión/ País	Lugar geográfico	Descripción de la población	Prevalencia de VIH	Tamaño de la muestra	Año
Área Andina					
Bolivia	N/D	Homosexual/bisexual	10,3	68	1988
Colombia	Bogotá	Bisexual	15,8	N/D	1994
Ecuador	Quito	Homosexual	28,6	14	1988
Perú	Lima	Homosexual/bisexual	6,5	24	1988
Venezuela	Isla Margarita	Homosexual/bisexual	25,0	N/D	1994
Brasil					
	R. de Janeiro	Homosexual/bisexual	9,2	98	1996
	Salvador	Homosexual/bisexual	10,0	550	1989-90
	San Paulo	Homosexual	12,5	829	1995/97
	Belo Horizonte	Homosexual	8,0	477	1994/97
Caribe					
Cuba	Nacional	Contactos de personas VIH+	5,2	710	1986/88
Rep. Dominicana	Sto. Domingo	Bisexuales	7,7	234	1994
Jamaica	Kingston	Homosexual/bisexual	9,6	125	1985/86
Martinique	N/D	Homosexual/bisexual	39,1	23	1988
Trinidad y Tobago	N/D	Homosexual/bisexual	40,0	100	1983/84
Centroamérica					
Costa Rica	San José	Homosexual/bisexual	4,9	143	1994
Honduras	Tegucigalpa	Homosexual/bisexual	14,0	N/D	1989/92
Panamá	C. de Panamá	Homosexual/bisexual	3,1	287	1984/86
Cono Sur					
Argentina	Buenos Aires	Homosexual/ETS pts.	67,0	N/D	1994/95
Argentina	N/D	Homosexual/bisexual	12,8	1.020	1991
Paraguay	Asunción	Homosexual/bisexual	8,8	182	1987/90
Uruguay	Montevideo	Bisexuales	3,2	252	1996
México					
	Nacional	Homosexual/bisexual	15,5	973	1991/96
	Nacional	Hombres trabajadores sexuales	13,6	712	1991/96
	México DF	Homosexuales	31,6	1.444	1993/95

Fuente: Base de datos de vigilancia del VIH/SIDA. Oficina del Censo de los Estados Unidos de América, enero de 1997.

Es necesario obtener con urgencia mejor información sobre la situación de la epidemia del VIH entre los hombres que tienen relaciones homosexuales en América Latina y el Caribe. Un paso clave en esa dirección es la generación de métodos de muestreo para los estudios de seroprevalencia que tomen en cuenta la diversidad de estilos y condiciones de vida de este grupo de población, con el fin de diseñar muestras complejas e integrales.

Información sobre incidencia

En la Región, los datos de la incidencia del VIH entre hombres que tienen relaciones homosexuales son prácticamente inexistentes. Solo en Brasil se cuenta con varios estudios realizados con el fin de evaluar la factibilidad de llevar a cabo pruebas de vacunas en el futuro. Dos estudios cohortes han aportado información extremadamente valiosa, a saber: en Sao Paulo, en el Estudio Cohorte de Bela Vista se determinó una incidencia de infección por VIH de 1,69% por año; en Belo Horizonte, en el Estudio de Cohorte de Horizonte, se obtuvo una incidencia de 1,06% anual.

Actualmente, se ha vuelto necesario generar información sobre la incidencia de la infección por VIH entre subgrupos de población de hombres que tienen relaciones homosexuales. Esto se debe a que las barreras éticas relacionadas con la inexistencia de tratamiento parecen estar eliminándose, dados los diversos esquemas terapéuticos que están surgiendo.

Culturas y comportamientos sexuales

En años recientes se ha obtenido bastante información sobre los diversos comportamientos sexuales (y el homoerotismo en general) que se dan entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en la cultura latinoamericana. Asimismo, se sabe mucho más sobre la gran diferencia entre la construcción biomédica de la orientación sexual por un lado, y las múltiples facetas de la identidad sexual, el deseo, el comportamiento o la adhesión a los estereotipos de género tradicionales (hombres "masculinos" o "femeninos"), por el otro.

El hecho de que muchos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres no se identifiquen con las categorías de "homosexual" o "bisexual" no debe verse como un problema que es necesario corregir, sino como un rasgo cultural que debe servir de base a las actividades de prevención del VIH.

Por lo demás, es obvio que existen culturas homosexuales muy complejas que en los centros urbanos más grandes están evolucionando y adoptando los modelos de sus congéneres de los países industrializados.

A pesar de que se han hecho varios estudios enfocados en las construcciones sexuales desde el punto de vista crítico de las ciencias sociales, es posible que aún sea necesario obtener más información para poder establecer la relación entre las construcciones sexuales y los riesgos de infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Más aún, se debería dar un uso mayor a los estudios disponibles en el diseño de intervenciones.

Sobre este aspecto cabe agregar que las oportunidades que tiene la comunidad científica de la Región de llegar a conocer estos temas o de intercambiar ideas sobre ellos son pocas. Tales oportunidades son fundamentales por dos razones: (1) los foros nacionales para discutir temas multidimensionales de esta naturaleza son extremadamente limitados; y (2) esta epidemia tiene elementos comunes en todos los países, y podría derivarse un beneficio de la colaboración para aumentar la eficiencia general y enriquecer los esfuerzos individuales en bien de todos.

Intervenciones de comportamiento y empoderamiento de la comunidad

La diversidad que se encuentra entre la población de hombres que tienen relaciones homosexuales requiere estrategias de prevención del VIH complejas. Los grupos más abiertos de las comunidades homosexuales y los travestistas, entre otros, pueden responder a las intervenciones dirigidas. Sin embargo, hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y no se autclasifican como homosexuales ni bisexuales. A ellos se puede llegar por medio de programas en los medios de difusión masiva o de programas dirigidos a la población general.

La epidemia del VIH y el SIDA paradójicamente ha facultado a muchas organizaciones gay, en especial para desarrollar actividades de prevención del VIH. Sin embargo, debido a dificultades técnicas y financieras, así como a problemas relacionados con los paradigmas metodológicos y teóricos existentes, estas intervenciones han sido insuficientes e inconstantes. Esto, aunado al desgaste emocional y la reducción de los miembros de estas organizaciones causados por el SIDA, ha contribuido a su decadencia. Es más, en años más recientes, el número de propuestas de intervenciones para hombres que tienen relaciones homosexuales surgidas de organizaciones de base comunitaria parece haber disminuido, en parte, debido a la percepción de las supuestas prioridades de los organismos donantes. Esto ha debilitado las actividades entre estas poblaciones. Es necesario continuar los esfuerzos para reforzar la educación preventiva y apoyar los cambios culturales que llevan al empoderamiento, al desarrollo de opciones ciudadanas y a la reconstrucción de las comunidades entre los hombres que tienen relaciones homosexuales en la Región.

Aspectos estructurales y vulnerabilidad

A pesar del valor pragmático y las buenas intenciones políticas asociadas con la noción de una pandemia del VIH y el SIDA que fuera una "epidemia de todos", podría ser políticamente muy costoso ignorar las diferencias estructurales relacionadas con género, clase social, etnia, nacionalidad (inmigración) y otras condiciones que determinan la susceptibilidad al VIH de los grupos más desfavorecidos de la población. En este sentido, las diferencias estructurales en las condiciones diarias de vida de distintos grupos de hombres que tienen relaciones homosexuales con otros hombres pueden verse como fuente de diversidad dentro de su vulnerabilidad general como grupo. Por ejemplo, las diferencias étnicas y económicas tienen su impacto en este sentido, y en algunos casos, la vulnerabilidad de las mujeres de bajos ingresos en su relación con los hombres se aprecia también en las parejas homosexuales tradicionales en la interacción entre el compañero más "masculino" y el más "femenino".

Aunque es importante notar los elementos comunes de los países de la Región de las Américas, también es de vital importancia tener en cuenta las diferencias históricas que han determinado la diversidad de experiencias. Las dictaduras en la Región y otras experiencias que influenciaron la migración regional, incluso la represión de la diversidad sexual e iniciativas activistas, han sido más significativas en algunos países. Tales diferencias ocurren en todas las dimensiones, incluso las relacionadas con la construcción de la sexualidad y la función del homoerotismo.

Finalmente, el establecimiento de economías y sistemas neoliberales en América Latina y Caribe, con su efecto en los organismos políticos y la percepción del espacio individual, también puede afectar de manera específica la cultura sexual, las normas de comportamiento y el uso del cuerpo, de modo que estos factores influyan en el riesgo del VIH.



4

USO DE DROGAS INYECTABLES Y LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El uso de drogas inyectables ha desempeñado una función central en las epidemias de VIH en algunas subregiones de América Latina y el Caribe. En partes del Cono Sur, específicamente en Argentina y en el sur y sudeste de Brasil, las epidemias de VIH entre usuarios de cocaína inyectable (y más recientemente entre los que se inyectan heroína) se ven agravadas por el uso asociado de cocaína “crack”. Aún no se sabe si el uso de “crack” influirá de manera significativa en la transmisión del VIH en zonas exentas de epidemias específicas hasta el momento. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que el consumo de “crack” ha contribuido a la epidemia de VIH y SIDA en las Bahamas. Los derivados del opio, incluso la heroína, están surgiendo como nuevos cultivos de los carteles de drogas y se han convertido en los nuevos insumos en ciertas zonas. Lo que está claro es que existe una gran variedad de dinámicas en juego en la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables (UDI) dentro de cada país y entre los diferentes países de la Región.

¿A qué responden estas diferencias? ¿Por qué el uso de drogas inyectables es tan sobresaliente en unas epidemias y tan restringido en otras? ¿En qué medida las infecciones de usuarios de drogas inyectables afectan la transmisión heterosexual en general? Si bien no se conoce toda la verdad con respecto a estos interrogantes, en parte debido a que la poca información obtenida por medio de la vigilancia epidemiológica y del comportamiento es escasa en la Región, se sabe que hay una relación significativa entre el tamaño general de la población, el número de usuarios de drogas inyectables y la localización cerca de las rutas principales de tráfico comercial. El aumento del comercio y los movimientos de población entre países parecería incrementar la propagación del VIH, incluso cuando ese movimiento se da desde los países grandes hacia los más chicos.

Es obvio que el uso de una variedad de drogas afecta el desarrollo de subepidemias de distintas maneras. El medio local y cultural influye en el uso de drogas, al igual que su precio y disponibilidad. Además de las prácticas de inyección poco seguras, la mezcla de parejas sexuales entre los usuarios de drogas influye en la propagación de la infección, incluso entre los hijos.

Tipos y diversidad de drogas en uso

El tipo y diversidad de las drogas usadas es de suma importancia en el análisis de la transmisión por medio del uso de drogas inyectables en América Latina y el Caribe. En el Área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), la forma tradicional de masticar hojas de coca continúa, habiéndosele agregado el uso pasta de coca (fumada) y la inhalación de cocaína, principalmente entre la clase media urbana. En Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay se utilizan tanto la inhalación como la inyección de cocaína; también se usa fumar pasta de coca y la cocaína "crack", si bien esta última no es frecuente. En el Brasil se usa la cocaína en diversas formas, con base en patrones regionales (establecidos, por lo menos en parte, por los carteles de drogas para controlar los mercados): la cocaína "crack" y la inyectada se usan principalmente en Sao Paulo; y la pasta de cocaína fumada, en el centro y occidente del país.

La epidemia brasileña entre los usuarios de drogas inyectables se da a lo largo de las rutas principales del transporte de la cocaína. Otro factor que hay que considerar es la aparición de heroína en el sur del país, aunque su influjo está limitado porque se adquiere solo en zonas portuarias y su costo es alto; no es vendida por los traficantes locales. En menor medida, la heroína también se usa en Buenos Aires. Los psicofármacos, a menudo inyectados, también se usan comúnmente en la Región, especialmente en Brasil, Argentina y Uruguay, donde su uso está bien documentado. Otro aspecto no evaluado en la Región es la función que desempeña la inyección de fármacos legales en la transmisión del VIH.

Algunos aspectos auspiciosos

No obstante lo anterior, hay razón para tener esperanzas con respecto al peligro de transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables en América Latina y el Caribe. El uso de cocaína inyectada parece estar disminuyendo tanto en Brasil como en Argentina, según resultados de estudios retrospectivos hechos en centros de tratamiento de drogadictos de Río de Janeiro y en cárceles juveniles en Buenos Aires. Sin embargo, existe preocupación sobre los comportamientos sexuales de riesgo que fomenta el aumento del uso de cocaína "crack". A pesar de que hay estudios recientes que indican que la propagación del VIH entre usuarios de drogas inyectables en el estado de Sao Paulo podría estar disminuyendo, otros estudios realizados en las ciudades de Sao Paulo, Campinas y Santos muestran una confluencia preocupante del uso de crack y los casos de SIDA.

Limitaciones de la información

Debido a los pocos datos disponibles, es imposible determinar en la actualidad la relación que existe entre los patrones de uso de drogas y la infección por VIH en la Región. Este problema se presenta especialmente en los países de Centro América y el Caribe, y en las muchas ciudades y lugares que se encuentran alejados de los centros de investigación. Sólo en Argentina, Uruguay y Brasil (prevalencia del VIH entre 33% y 60%), se dispone de información sistemática sobre los usuarios de drogas inyectables. Otros estudios dispersos de seroprevalencia del VIH en México muestran que de 5% a 11% de estas personas están infectadas (y que el uso de drogas inyectables está logrando un grado significativo en la parte noroccidental del país).

En el Perú se ha detectado una seroprevalencia del VIH en este grupo entre 25% y 28%. En el Cono Sur en general, la transmisión por el uso de drogas inyectables ha causado 29% de los casos notificados, aunque cabe destacar que 40% de los casos de la Argentina se debieron a esta causa. Asimismo, la incidencia anual entre este grupo de población está aumentando, y ocupa segundo lugar después de la transmisión por contacto homosexual (cuadro 4.1). La alta frecuencia del intercambio de jeringas se ha documentado en Brasil, por lo que el riesgo de exposición parenteral existe (como se confirma por los niveles altos de hepatitis C en las muestras de usuarios de drogas intravenosas en Río de Janeiro y Santos).

Cuadro 4.1: Distribución porcentual de los casos de SIDA en América Latina y el Caribe, por subregión y categoría de exposición

Región	Homosexual o bisexual	Heterosexua l	Usuario de drogas inyectables	Transfusión sanguínea	Transmisión perinatal	Otro
México	54-56	24-25	≤1	14-16	2 ^a	2,2-3
América Central	25-26	64-68	1	2-2,1	3,2-4	1-4,1
Caribe ^b	17	73	<1	<1	8	1,5
Área Andina	67-68	25-26	≤1	2,9-3	1,7-2	1,4-2
Cono Sur	46-56	12-17	27-30	3	2-3,3	0,5-1
Brasil	43-48	15-21	28-29	5-6,1	2-2,7	<1

^aDos fuentes señalan exactamente el mismo porcentaje.

^b Solo incluye datos del Caribe Latino en la fuente de Murillo y Castro, 1994.
Fuente: Murillo y Castro, 1994; Cáceres y Hearst, 1996.

La transmisión por drogas inyectables y la transmisión heterosexual

Causa mucha preocupación el papel preponderante que, desde mediados de la década de 1980, los usuarios de drogas inyectables desempeñan en la transmisión heterosexual del VIH en Brasil, y más recientemente en Argentina y Uruguay. Ha surgido un gran número de casos de SIDA entre mujeres que no se inyectan drogas, pero son compañeras de hombres que sí lo hacen. El uso de drogas inyectables por medio de agujas compartidas entre las mujeres es también un factor importante de transmisión para las mujeres de Brasil y el Cono sur. Contribuye al problema el gran número de actos sexuales sin protección entre los usuarios de drogas inyectables, así como su participación en actos sexuales de índole comercial, tanto con parejas del sexo opuesto como del mismo sexo, según lo demuestran las investigaciones de campo recientes realizadas en Argentina y Brasil.

Aunque los datos de Brasil indican un cambio hacia las prácticas de inyección de drogas, no se observan los mismos cambios en el comportamiento sexual. Es más, dada la frecuencia del uso compartido de agujas documentado por estudios de muestras en Brasil, el riesgo de exposición parenteral dista mucho de haberse eliminado; este hecho se ve confirmado por el alto grado de prevalencia de hepatitis C en muestras de usuarios de drogas inyectables de Río de Janeiro y Santos. Según datos recientes de un estudio de donantes de sangre en Río, las personas que utilizan drogas ilícitas de cualquier tipo tienen un riesgo mayor de infectarse con el VIH que los que no usan drogas.

La identificación de subtipos del VIH en Río de Janeiro y Salvador en Brasil y en Bolivia, realizada con el fin de mostrar patrones de segregación, ha señalado una fuerte conexión entre los casos de SIDA notificados entre la población de usuarios de drogas inyectables, heterosexuales que no usan drogas y hombres que tienen relaciones homosexuales. Esta interrelación subraya la urgencia de dar atención y de disponer de más recursos para la investigación y la prevención entre los usuarios de drogas inyectables en los países de la Región. Esta es una "población oculta", marginada por las estructuras de poder en la sociedad; son, además, un núcleo de población empobrecida que plantea la necesidad de lanzar, de una manera abierta y sin reservas, una evaluación de lo que pueden ser epidemias ocultas de VIH en varios países.

Necesidades de prevención e investigación

La identificación de los subtipos de VIH en Río de Janeiro y Salvador en Brasil, así como en Bolivia muestra la estrecha conexión entre los casos de SIDA notificados en la población de usuarios de drogas intravenosas, las personas heterosexuales y los hombres que tienen prácticas homosexuales que no las usan. Esta interconexión marca la urgencia de una atención seria al problema y de invertir mayores recursos para avanzar la investigación y las intervenciones de prevención dirigidas a esta población en los distintos países de la Región.

Los usuarios de drogas intravenosas constituyen una "población oculta", marginalizada por estructuras de poder social y, donde muchos de sus miembros están en estado de pobreza. No solo es importante continuar con la investigación, las estrategias de prevención para alcanzar esta población y documentar sus comportamientos sexuales; sino que también es urgente, cartografiar patrones de movilidad de esta población dentro del país y a otros colindantes.



5

Transmisión heterosexual del VIH

Desde el comienzo de la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe, el crecimiento de los casos notificados de SIDA ha sido mayor entre las mujeres que entre los hombres, y entre ambos grupos se notifica un número creciente de casos atribuidos a la transmisión heterosexual del VIH.

Se asegura que la transmisión heterosexual del VIH, predominante en el Caribe, está ya compitiendo con otras formas de transmisión del VIH en muchos de los países de América Latina. En esta sección trataremos de extraer de los datos existentes una conclusión sobre los patrones y extensión de la propagación heterosexual del VIH en América Latina y el Caribe y de destacar los vacíos de información que dificultan el análisis.

¿Cómo se define la transmisión heterosexual del VIH?

Para propósitos de la vigilancia, la categorización de la transmisión sexual de la infección del VIH en América Latina y el Caribe, se realiza por medio de la evaluación de la exposición al riesgo en los casos notificados. En Honduras, México y Perú por ejemplo, por medio de la historia clínica se determina la categoría de exposición al riesgo del caso recién diagnosticado, y así se registra e informa. Un caso de SIDA puede clasificarse como debido a transmisión heterosexual, al margen de la historia personal y posible exposición al VIH del compañero o compañera sexual. En Brasil y Chile, en cambio, un caso se clasifica como "heterosexual" solamente cuando el riesgo informado por el paciente es haber tenido contacto heterosexual con un compañero sabidamente infectado o cuando la historia sexual del compañero señala riesgo de infección. En Brasil y Chile, una mujer que no haya estado claramente expuesta al uso de drogas inyectables o transfusiones de sangre, y que ha expresado como único riesgo el contacto heterosexual con un compañero del que ella no conoce su estado o riesgo de infección por VIH, será clasificada en la categoría de "Exposición a riesgo no identificado".

Cuando se informa más de una exposición de riesgo para un nuevo caso diagnosticado de SIDA, se aplica la siguiente jerarquía, en orden descendente, para clasificar el presunto riesgo de exposición: usuario de drogas inyectables; historia confirmada de transfusiones de sangre o derivados de sangre; contacto sexual con un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres. Si el estado de VIH o la historia de riesgo de la presunta fuente de infección no se conocen, el caso recién diagnosticado de SIDA se clasificará como "Exposición a riesgo no identificado".

Figura 5.1 Proporción de casos de SIDA notificados en hombres, atribuidos a exposición heterosexual en América Latina, 1980-1997

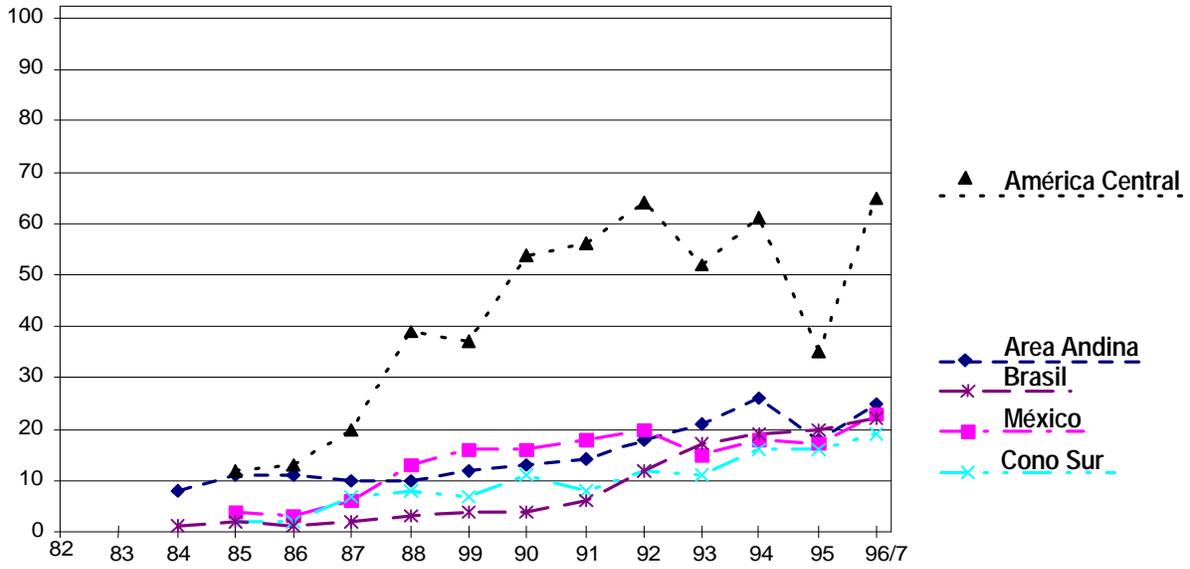
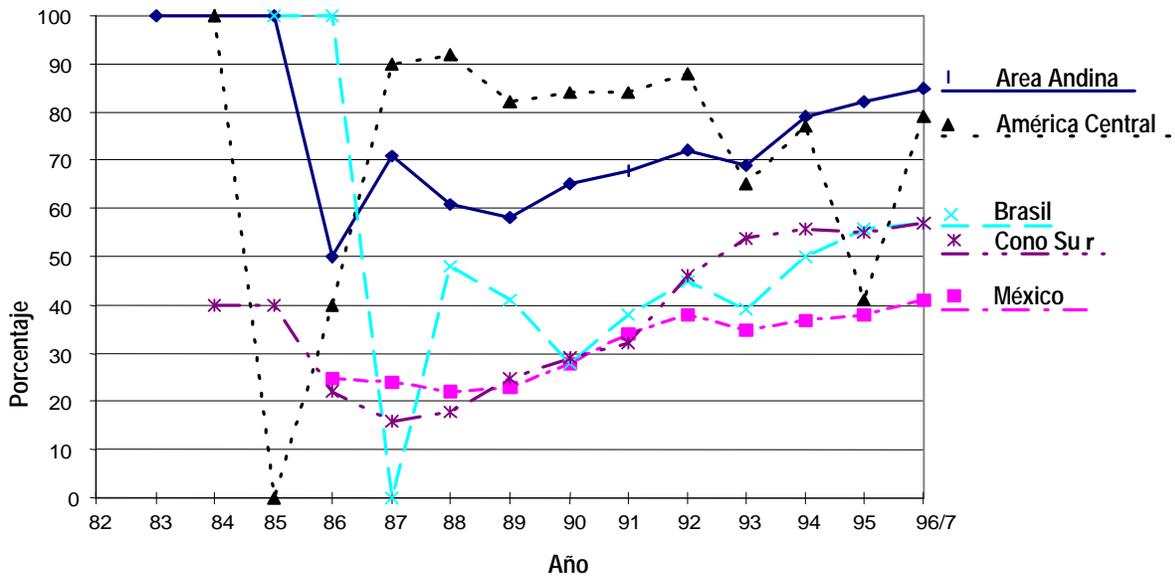


Figura 5.2 Proporción de casos de SIDA notificados en mujeres, atribuidos a la exposición heterosexual, América Latina, 1980-1997



Aumento notificado de los casos de SIDA por transmisión heterosexual

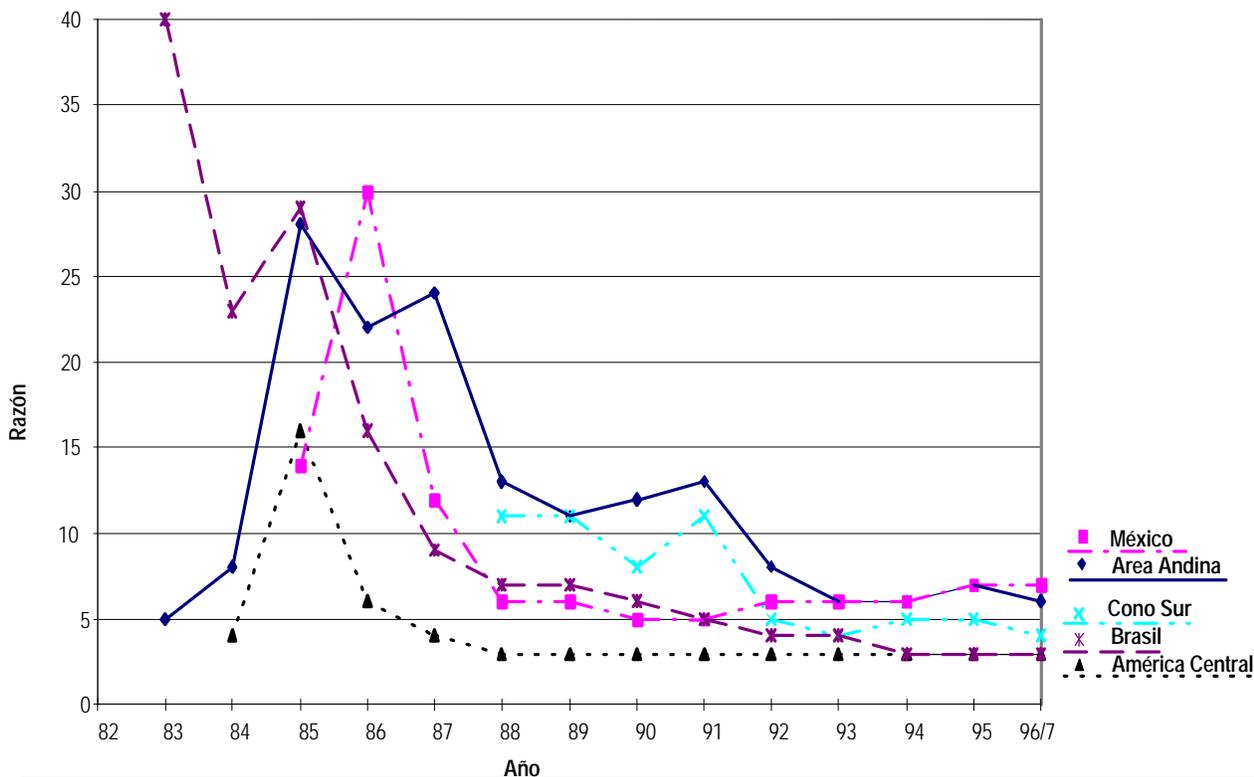
Los datos sobre los casos de SIDA notificados a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que la transmisión heterosexual ha estado aumentando en las subregiones de América Latina y el Caribe (Área Andina, Cono Sur, Istmo Centroamericano, México y Brasil). (Véanse las figuras 5.1 y 5.2).

Entre los años 1987 y 1996-1997, la proporción de casos de SIDA masculinos atribuidos a la transmisión heterosexual aumentó de 3% a 22% en Brasil, de 8% a 19% en el Cono Sur, de 10% a 25% en el Área Andina, de 13% a 23% en México y de 39% a 65% en el Istmo Centroamericano. De los casos de mujeres informados durante el período de 1996 a 1997, el Área Andina notificó la proporción más alta de casos atribuidos a transmisión heterosexual (85%), seguida por América Central (79%), Brasil y el Cono Sur (57%) y México (41%).

Los países miembros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) están notificando una alta incidencia de casos de SIDA entre las mujeres. El promedio de la razón hombre:mujer de casos anuales de SIDA bajó de 4:1 en 1985 a 2:1 en 1996, con algunas pequeñas variaciones entre países. El número acumulado de casos de SIDA de mujeres aumentó 19 veces más durante el mismo período, alcanzando 540 en 1995.

A medida que sube el número de casos notificados de SIDA entre mujeres, la razón hombre:mujer de los casos ha disminuye en todas las subregiones de América Latina (véase la figura 5.3).

Figura 5.3. Razón hombre:mujer. Casos notificados de SIDA en América Latina, 1982-1997



Casos de SIDA con categoría de riesgo no especificada

Entre los casos notificados de SIDA para los que se cuenta con información sobre el sexo, una gran proporción de mujeres y hombres ha sido clasificada como de riesgo de exposición no determinado (20% y 31%). En la Región Andina, 40% de los casos notificados no tienen información sobre exposición de riesgo. En 1996 y 1997, Brasil y México tenían la proporción más alta de casos sin información sobre el riesgo de exposición (20% y 31% respectivamente). Cuando la proporción de casos sin esta información es tan alta, se puede afectar seriamente cualquier análisis de tendencias por las categorías de riesgo (incluso la de transmisión heterosexual), a menos que la falta de información esté dentro de límites aceptables y se mantenga más o menos constante a lo largo del tiempo. En la realidad, la proporción de casos de SIDA sin información sobre el riesgo de exposición varía con el tiempo, por lo cual es muy difícil calcular la importancia relativa de las categorías de exposición identificadas, incluso la transmisión heterosexual. En México y en la subregión centro-oeste de Brasil, por ejemplo, la proporción de casos masculinos atribuidos a la transmisión homosexual y bisexual bajó mientras aumentaba la de los casos de SIDA con exposición de riesgo no identificado.

La clasificación errónea de la exposición al riesgo puede afectar la interpretación de las tendencias epidemiológicas. Existen muy pocos estudios sobre este tema en América Latina y el Caribe. En México, después de haberse hecho correcciones para compensar el subregistro del riesgo de exposición, se calculó una disminución de 21% a 8% en el SIDA adquirido por relaciones heterosexuales; un aumento de la exposición homosexual de 40% a 47% y de la bisexual de 24% a 30%. Un estudio realizado en Río de Janeiro indicó que 44% de los hombres originalmente clasificados como infectados por la vía heterosexual, posteriormente a una entrevista intensiva fueron reclasificados como contacto homosexual o bisexual. Por lo tanto la exposición atribuida a la transmisión heterosexual puede estar exagerada, especialmente entre los hombres, debido a errores de clasificación o la falta de información sobre la categoría de exposición. Por otra parte, los casos con exposición múltiple, incluso el contacto heterosexual, pueden ser clasificados como adquiridos por uso de drogas inyectables, contacto homosexual o bisexual o relacionado con transfusiones de sangre, con lo cual se subestima el grado actual de transmisión heterosexual.

Sin embargo, en general, es más probable que se calcule un número mayor de casos por contagio heterosexual que lo contrario, tanto entre hombres como entre mujeres. Por lo tanto, si el análisis de las tendencias de la epidemia continúa basándose mayormente en la notificación de casos, como se hace en muchos países de América Latina y el Caribe, deberán hacerse drásticas modificaciones en la eficiencia de la vigilancia y en la determinación del riesgo de exposición. Las regiones del mundo donde se utiliza este análisis en la actualidad incluyen América del Norte, Europa Occidental y partes de Oceanía. En estas regiones, sin embargo, los datos son más completos y se recopila sistemáticamente información sobre las tendencias del VIH por medio de diversos mecanismos, incluso la vigilancia centinela de la infección por serología.

Monitoreo de las tendencias en América Latina y el Caribe

Se ha hecho estimados de prevalencia del VIH entre pacientes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y trabajadores sexuales (en su mayoría mujeres) en todas las subregiones. Se encontró una prevalencia de 0,3% a 33% entre los pacientes de ETS y de 0% a 20,5% entre las trabajadoras del sexo. Aspectos relacionados con la metodología dificultan las comparaciones, especialmente si se trata de usar los datos obtenidos de pacientes de ETS

como indicadores de las tendencias del VIH en las poblaciones heterosexuales. Por ejemplo, en Belo Horizonte, Brasil, la prevalencia del VIH entre los pacientes de clínicas de ETS fue de 0% en 1985 y 1986, mientras

que en 1994 y 1995 se encontró una prevalencia de más de 3%. La mayoría de las 33 infecciones detectadas en esos dos años correspondieron a hombres (85%). A pesar de que se consideraba que la clínica de ETS atendía una población predominantemente heterosexual, se encontró que los factores de riesgo independientes para la infección por VIH entre los hombres fueron ser pareja receptora en el coito anal y la relación sexual de coito con otros hombres. Estos datos indican que el aumento en la prevalencia del VIH en las clínicas de ETS de América Latina y el Caribe puede ser atribuido a riesgos de exposición que no sean la transmisión heterosexual.

Es obvio que la epidemia está afectando a las mujeres en la Región, dado en el número creciente de casos de SIDA femeninos notificados y a las tasas de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (atención prenatal) y entre las trabajadoras sexuales.

En el Caribe, se han llevado a cabo estudios de seroprevalencia en forma ocasional o como parte de los sistemas de vigilancia (véase el cuadro 5.1). La tasa de seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas sobrepasa el 1% en Bahamas, Guyana, Haití, República Dominicana y Suriname. Lo anterior indica que la propagación heterosexual de la epidemia de VIH es amplia entre los adultos sexualmente activos de las áreas urbanas, donde se realizaron casi todos estos estudios. Algunos estudios de mujeres embarazadas de Jamaica han arrojado tasas de prevalencia del VIH superiores a 1 por 1.000. En otros estudios de trabajadoras sexuales de Haití, Jamaica y Trinidad y Tobago se encontraron tasas de prevalencia de más de 10%.

Cuadro 5.1: Seroprevalencia del VIH en ciertos países del Caribe, 1991-1996

País	Estudio	Muestra	Periodo/ año	Prevalencia de VIH	
Montserrat	cohorte	203	1994-95	9%	(2/203)
Santa Lucía	cohorte	849	1994-95	0,12%	(1/849)
San Vicente y las Granadinas	cohorte	4.613	1994-95	0,50%	(23/4613)
Islas Caimán	cohorte	540	1991	0%	(0/540)
		590	1992	0%	(0/590)
		567	1993	0,17%	(1/567)
		620	1994	0,16%	(1/620)
		628	1995	0%	(0/628)
Trinidad y Tobago	transversal	NE	1990	0,3%	
		(nacional)	1991/92	0,6%	
		NE	1995/96	1,0%	
		NE			
Jamaica	tamizaje	NE	1989	0,14%	
	nacional	NE	1992	0,44%	
		NE	1994-95	0,6%	
Guyana	anónimo	411	1992-93		
			1992-93	3,65%	(15/411)
Bahamas	tamizaje	3.899	1993	4,8%	(187/3899)
		3.209	1994	4,2%	(135/3209)
		3.505	1995	3,6%	(127/3505)
Barbados	tamizaje	NE	1991	2%	
		NE	1992	1,2%	
		NE	1993	0,8%	
		NE	1994	0,9%	
		NE	1995	1,8%	
		NE	1996	1,0%	

Una imagen similar surge de los resultados de los estudios seroepidemiológicos realizados en Honduras. Simultáneamente, en otros países del Istmo Centroamericano (incluso Costa Rica, Panamá, y El Salvador), la prevalencia del VIH ha alcanzado proporciones mensurables entre las mujeres embarazadas y trabajadoras sexuales. Como existe muy poca información de los otros países en América Central y el Caribe, no es posible determinar el patrón actual de propagación heterosexual.

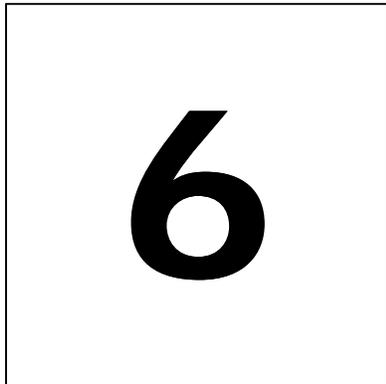
La escasez de información seroepidemiológica dificulta el análisis del estado y tendencias de la propagación heterosexual del VIH en casi todos los países de América Latina y el Caribe. En estudios ocasionales se ha encontrado una prevalencia de hasta 5% en muestras de mujeres embarazadas en poblaciones urbanas de Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador. En las ciudades brasileñas de Santos y Sao Paulo, esta tasa es todavía más alta: entre 1% y 10%. También se han encontrado tasas de prevalencia de 1% en muestras de mujeres

trabajadoras sexuales de Colombia, Ecuador y Venezuela, y tasas de más de 1%, en estudios limitados de trabajadoras sexuales en Argentina y el sur de Brasil. En ambos países el análisis del riesgo de exposición de los casos notificados de SIDA y los resultados de los estudios de seroprevalencia indican que la propagación heterosexual del VIH se da mayormente, aunque no de manera exclusiva, por transmisión sexual de usuarios de drogas inyectables y de hombres bisexuales a sus compañeras sexuales. No hay datos epidemiológicos que permitan fundamentar una deducción en el sentido de que hay una propagación amplia de la epidemia desde estas poblaciones a otros adultos sexualmente activos. Las redes sexuales y los comportamientos (v.g., quién tiene coito con quién, cuántas veces y con qué grado de protección) no han sido suficientemente estudiados como para predecir o rechazar la posibilidad potencial de ese tipo de propagación entre la población general.

¿Hacia una expansión de la transmisión heterosexual en el horizonte?

El aumento del número de casos notificados de SIDA de mujeres señala que la propagación heterosexual del VIH ha aumentado en los últimos años. Aunque es importante reconocer y responder a la propagación heterosexual del VIH en mujeres y hombres, es igualmente importante determinar la probabilidad de que haya una propagación heterosexual amplia entre la población general. Se desconoce aún si se establecerá un puente sexual entre los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones homosexuales por un lado y sus compañeros sexuales de ambos sexos, por otro, con el resto de la población, y si esta conexión sea lo suficientemente fuerte como para desatar una propagación amplia del VIH en la población general.

En América Latina y el Caribe, el análisis de la epidemia y la predicción de sus tendencias están restringidos por: (a) la falta de normalización de la definición de caso de SIDA en uso en un mismo país y entre diversos países; (b) la falta de definiciones coherentes de las categorías de riesgo de exposición; (c) los retrasos de la notificación y el subregistro de casos de SIDA; (d) la falta de conocimientos sobre la prevalencia e incidencia del VIH entre las poblaciones de alto riesgo, así como en muestras de población sexualmente activa; y (e) la falta de información sobre los comportamientos y redes sexuales en las mismas poblaciones. Deberá obtenerse esta información, ya que es esencial para diseñar programas de prevención bien dirigidos, para proyectar las necesidades de atención y para asignar racionalmente los recursos financieros y de otra índole.



La transmisión perinatal del VIH en América Latina y el Caribe

A medida que las epidemias del VIH y el SIDA se propagan con mayor intensidad entre las mujeres, la transmisión de las madres a sus hijos recién nacidos se hace más frecuente en América Latina y el Caribe. En América Latina la tasa de prevalencia del VIH en las mujeres que acuden a clínicas prenatales varía de 0 en el Paraguay a 4% en Honduras. Las tasas de prevalencia más altas se ven en América Central, mientras que en el Uruguay se han observado tasas de prevalencia entre 0,7% en 1989 y 0,3% en 1996, y los resultados indican una situación relativamente estable a lo largo del tiempo (véase la figura 12 más adelante).

En el Brasil, la tasa de prevalencia ha variado de 0 al principio de los años 1990 hasta 0,8% en 1996-1997 en la mayoría de las regiones del país (Sudeste, Norte y Noreste), mientras las tasas en el sur son más altas: entre 0,8% y 3,1% (figura 6.1).

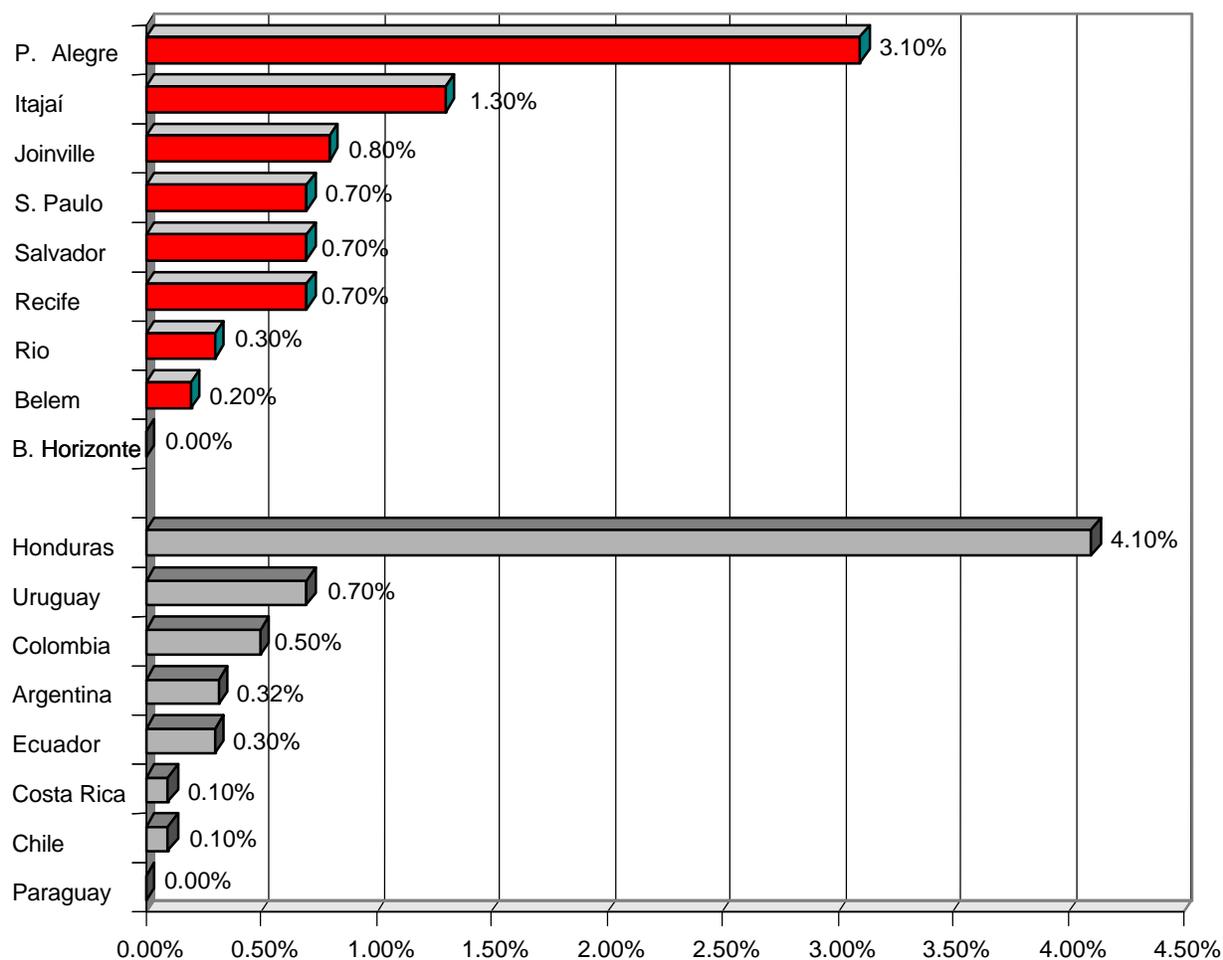
En general, estas tasas son más bajas que las observadas en otras regiones del mundo donde la transmisión heterosexual del VIH predomina, como es el caso del África al Sur del Sahara. Además, en América Latina y el Caribe no parece haber un aumento drástico de estas tasas a lo largo del tiempo. Sin embargo, la falta de información sobre los métodos de los estudios realizados impide sacar conclusiones más profundas sobre las tendencias de la infección entre las mujeres embarazadas. Los casos pediátricos notificados se han utilizado para analizar las tendencias de la transmisión perinatal retrospectivamente.

Tendencias de los casos de SIDA pediátrico notificados

Por una serie de razones, las tendencias del SIDA pediátrico a lo largo del tiempo en la Región son un mal indicador de las tendencias pasadas de la transmisión perinatal del VIH, y no dan indicación alguna de lo que es la propagación actual del SIDA de la madre a sus hijos. Las definiciones clínicas de caso de SIDA pediátrico son aún

más diversas y difíciles de aplicar a la vigilancia que la variedad de definiciones de caso de SIDA adulto. Las tabulaciones que produce la OPS de los casos notificados por año indican el número total de casos pediátricos que se deben a exposición perinatal. Por ejemplo, en la Región Andina, 91% del total de casos pediátricos acumulados en Perú fueron atribuidos a la transmisión perinatal; en el Ecuador esta proporción fue de 75%, en Colombia, 87% y en Venezuela, 52%. Además, los límites de edad que se aplican a los casos pediátricos también varían en la Región. En Brasil, los casos de SIDA pediátrico son diagnosticados en niños menores de 13 años de edad, mientras que la edad de corte en las tabulaciones de mundiales es de 15 años de edad.

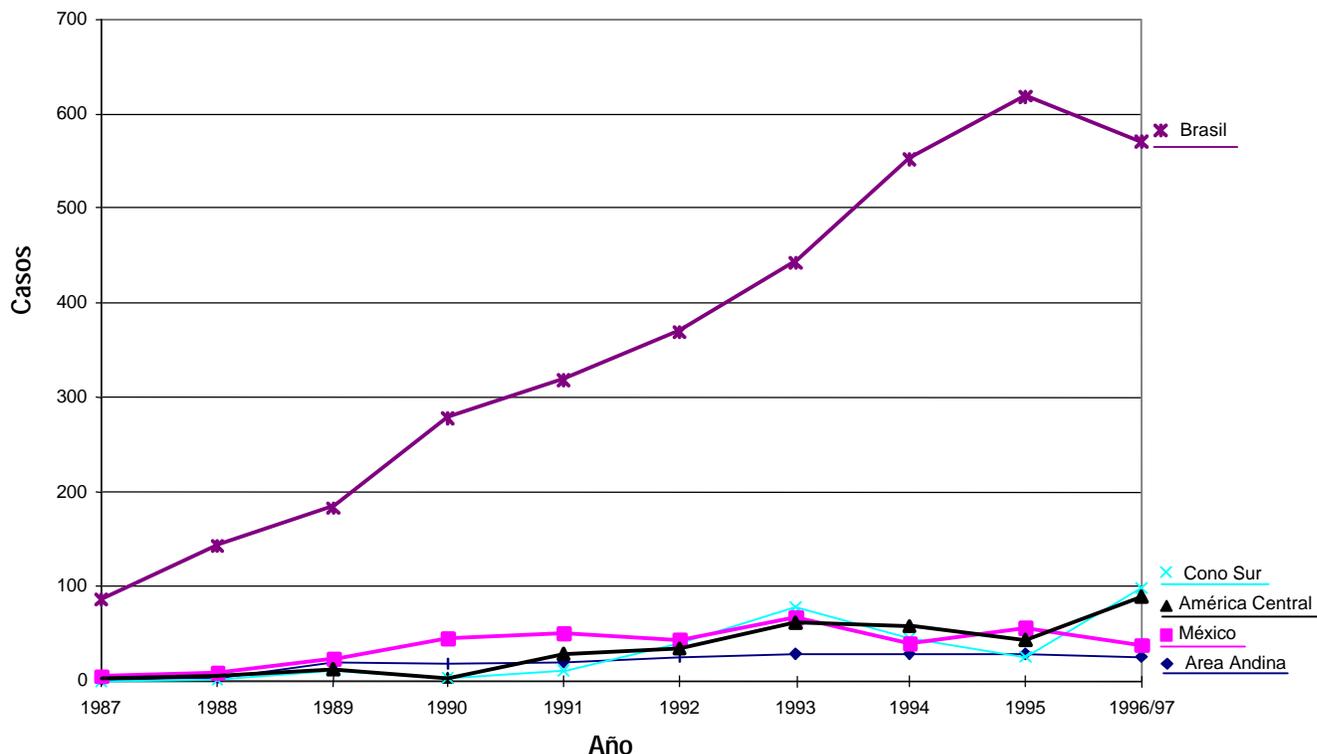
Figura 6.1 - Tasas de seroprevalencia de infección por VIH en clínicas de atención prenatal, América Latina, 1998-1996*



El número total de casos de SIDA pediátrico ha aumentado en América Latina en el período de 1983 a 1996-1997, con un marcado incremento entre 1991 y 1996-1997. Entre estas fechas, en el Cono Sur el número de casos de SIDA pediátrico aumentó nueve veces, llegando a 99 casos notificados en 1996-1997. En Brasil, estos casos aumentaron en seis veces, hasta llegar a 571. Cada año en Brasil se ve un número más alto de casos notificados y una curva más pronunciada que en cualquier otro país o subregión. Aunque menos notable, en el Cono Sur se ha

notificado un aumento paulatino hasta llegar al doble de casos. En América Central y la Región Andina se notificaron incrementos menores (véase la figura 6.2).

Figura 6.2. Casos de SIDA pediátrico notificados en América Latina, por Región, 1987-1996/97



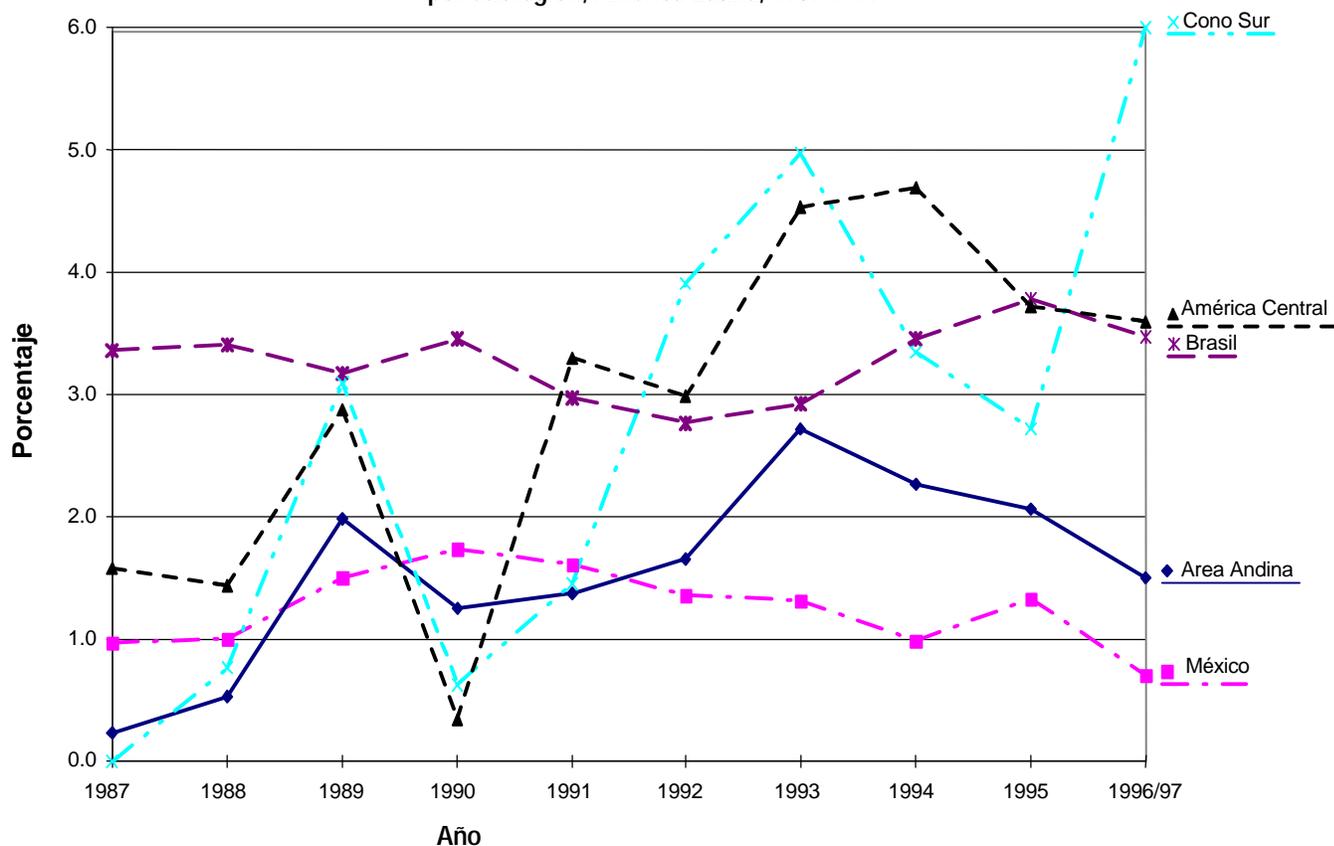
Por el contrario, en México se presentó una disminución de 39% del número de casos notificados en el mismo período. No obstante, es posible que esta aparente tendencia sea debida a los retrasos de notificación y al subregistro. Como los números son pequeños, cualquier deferencia absoluta puede resultar en cambios relativamente grandes. La proporción de casos pediátricos del total de casos notificados de SIDA se mantiene por debajo de 6% en todas las subregiones. La media para América Central, la Región Andina y el Cono Sur fue 3,2%, 1,6% y 3,2%, respectivamente.

Los datos de Brasil indican que se está dando un cambio importante en la exposición al riesgo de SIDA entre la población de menores de 13 años de edad. La proporción de casos infectados por la vía sanguínea (asociada generalmente con hemofilia, transfusiones y en menor grado con el uso de drogas inyectables) bajó de 77% del total de casos pediátricos en 1987 a 2% en 1996-1997; por otra parte, la proporción de casos debida a transmisión perinatal aumentó de 10% a 89% en el mismo período. Los casos atribuidos a transmisión sexual son pocos, y la proporción de los de riesgo no identificado ha permanecido constante a lo largo del tiempo. Esto difiere notablemente de los casos adultos, entre los que la proporción de la categoría de riesgo no identificado es muy alta y continúa subiendo en casi todas las subregiones.

En el Caribe, los menores de 15 años de edad abarcan 5% del total acumulado de casos de SIDA notificados entre 1985 y 1995. A medida que los casos de mujeres embarazadas que concurren a clínicas prenatales aumentan,

según se señaló en párrafos anteriores, el número de infecciones por VIH debidas a transmisión perinatal posiblemente siga la misma tendencia, a menos que se tomen medidas de prevención eficaces.

Figura 6.3 Distribución porcentual de casos de SIDA pediátricos notificados, por subregión, América Latina, 1987-1997

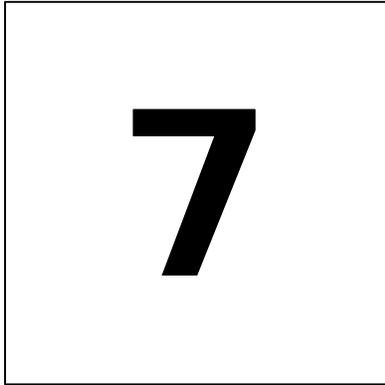


Los retrasos de la notificación, el subregistro y la investigación incompleta de los casos con factor de riesgo no identificado hacen que los casos pediátricos notificados no sirvan para monitorear las tendencias en la epidemia del VIH y el SIDA. El uso de los exámenes serológicos en los recién nacidos y niños menores de 1 año para determinar las tendencias epidemiológicas es limitado debido tanto a la dificultad de seleccionar una muestra significativa de niños, como a problemas de orden técnico para establecer un diagnóstico definitivo de la infección por VIH. A pesar de que los métodos de diagnóstico (incluso las técnicas de bADN y ARN PCR) son capaces de determinar la presencia de infección por VIH muy pronto después del nacimiento, estos exámenes son muy caros y requieren destrezas y equipo de laboratorio adecuados. No se dispone de estos exámenes en todas partes de la Región.

En consecuencia, para propósitos clínicos, la confirmación de la infección de VIH en menores de 1 año continuará haciéndose con base en el seguimiento de la serie de mediciones de los anticuerpos al VIH, por medio de pruebas que se encuentran más fácilmente a disposición y de la evaluación clínica basada en normas aplicadas a todas las subregiones. En cuanto a la vigilancia, este no es un método práctico, ya que se base en la observación de casos individuales de infección por VIH.

Evaluación de la situación y las tendencias de la infección pediátrica del VIH

Tanto para propósitos de vigilancia como para hacer proyecciones de la epidemia a corto y mediano plazo, los estudios serológicos de muestras de mujeres que concurren a clínicas prenatales podrían, por extrapolación, servir de indicadores de las supuestas tendencias de la infección perinatal. En consecuencia, habría que realizar estudios tanto de mujeres embarazadas como de recién nacidos, con el fin de determinar las tasas de transmisión del VIH de madre a hijo en el ámbito América Latina y el Caribe. Dado que el tratamiento antirretroviral para las mujeres embarazadas aún no se encuentra disponible en la mayoría de los países, las tasas de infección que se encuentren en tales estudios podrían usarse para calcular la proporción de niños nacidos de madres infectadas a lo largo del tiempo. Mientras tanto, para prevenir la transmisión perinatal del VIH, la disponibilidad de pruebas de detección del VIH voluntarias y confidenciales para mujeres embarazadas, combinadas con consejería antes y después de la prueba, sumadas al acceso a los tratamientos antirretrovirales, son intervenciones extremadamente promisorias. Es más, las sesiones de consejería para la prevención de la infección por VIH por vía heterosexual, la atención eficaz de las ETS y los programas de promoción de condones, tanto en los servicios de salud como fuera de ellos, deberían recibir más atención en todos los países de la Región. En lugares donde hay tasas significativas de infección atribuidas al uso de drogas inyectables, debe hacerse hincapié en los programas de intercambio de agujas, combinados con la educación sexual y salud reproductiva de los usuarios de drogas y sus parejas sexuales.



Recomendaciones

Sobre la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA

- Se debe promover y apoyar la vigilancia activa del VIH y el SIDA para mejorar la calidad de la información y calcular la magnitud de la epidemia. Esto debe hacerse con métodos apropiados para cada país, según las características específicas del mismo y la situación epidemiológica del VIH y el SIDA.
- Debe obtenerse información sobre las definiciones de caso en uso en América Latina y el Caribe, con el fin de apoyar la vigilancia y de establecer la sensibilidad y especificidad de cada definición y poder comparar entre los diversos países de la Región.
- La validez y confiabilidad de los datos notificados sobre el SIDA, en particular sobre exposición de riesgo, que se recoge regularmente en los países de América latina y el Caribe, deben mejorarse mediante la utilización de algoritmos de pruebas normalizados y la aplicación sistemática de las definiciones estandarizadas de caso y de categoría de exposición de riesgo.
- Deben llevarse a cabo estudios transversales y reforzar los sistemas de vigilancia centinela para mejorar y completar la información, tomando en consideración el costo/efectividad de estos métodos y la protección de la confidencialidad de los grupos de población involucrados.
- Es necesario readaptar las definiciones de caso de SIDA para obtener un conocimiento preciso de la situación de la epidemia de SIDA en los casos en que se usan definiciones diferentes en el mismo país.
- La notificación del VIH en la Región debe promoverse. Esta puede hacerse por medio de un formulario sencillo y bien estructurado que permita informar sobre los comportamientos específicos y los datos demográficos que sirvan para tomar decisiones. La notificación de casos de VIH no debe confundirse con la vigilancia centinela de la infección (por ejemplo, la que se hace en los laboratorios y bancos de sangre), ya que los usos e interpretación de ambos tipos de dato son diferentes. Por ejemplo, la percepción de la magnitud de la epidemia y las poblaciones afectadas pueden verse influenciadas por la una mayor actividad de detección de casos.

- La definición de caso de infección por VIH en uso en América latina y el Caribe deberá ser evaluada por medio de los algoritmos del laboratorio nacional. La determinación de la sensibilidad y especificidad de estos algoritmos permitirán entender mejor los temas de sobre y subregistro de las infecciones por VIH y comparar los datos entre los países de una misma subregión.
- Debe estimularse la notificación anónima y confidencial en todas las fases de los sistemas de vigilancia; pero, esto no debe ser posteriormente un impedimento para realizar intervenciones de atención de los casos.
- Debe estimularse el establecimiento de programas de orientación y pruebas de detección.
- Debe usarse un formulario de captura de información para planificar intervenciones y complementar los datos de otras fuentes.
- Debe simplificarse y mejorar la flexibilidad, retroinformación y aceptación de la vigilancia del VIH y el SIDA.
- Debe estimularse la conducción de encuestas de vigilancia del comportamiento para complementar los estudios de seroprevalencia.
- Se debe promover y apoyar al máximo el uso de los datos de mortalidad por medio de la aplicación de la CIE-9 o, preferiblemente, la CIE-10 para complementar y validar la sensibilidad del sistema de vigilancia y las consecuencias de la epidemia de SIDA en los países de América Latina y el Caribe.

Sobre el monitoreo de la mortalidad por SIDA

- Las tasas de mortalidad por el SIDA se usan en varios países de la Región para monitorear el impacto del VIH y el SIDA.
- Debe promoverse el uso máximo de la información sobre mortalidad mediante la utilización de la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades, y preferiblemente, de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, con el fin de complementar y validar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia y el impacto de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe.
- Deben estudiarse los patrones de subregistro de mortalidad por el SIDA, en particular los patrones de mortalidad atribuidos al SIDA según la edad y el sexo deben ser comparados con los patrones de mortalidad por otras causas. La notificación de la mortalidad atribuida al SIDA debe ser evaluada comparativamente con los estimados de mortalidad por SIDA derivados con los modelos epidemiológicos de las tendencias del VIH.
- Debe estudiarse el impacto de la terapia antirretroviral en las tasas de mortalidad por SIDA en los países donde este tratamiento esta disponible y compararlo con los de la Región. A fin de monitorear esta tendencia, debe mejorarse la notificación anual casos de SIDA y de la mortalidad por el SIDA.
- Deben llevarse a cabo estudios para revisar las causas de muerte notificadas, como anemia y neumonía, que pueden ser causadas por el SIDA pero todavía no reportadas como tales.

Sobre el monitoreo de la diversidad del VIH en América Latina y el Caribe

- Debería establecerse una red de Latinoamérica y el Caribe para el aislamiento y caracterización del VIH con base en los modelos de ONUSIDA/OMS y de Brasil. También debería usarse un protocolo estandarizado común para determinar la prevalencia de los diversos subtipos de virus que circulan en la Región con base en la población.
- Deberán elaborarse protocolos de investigación para determinar qué función desempeña la diversidad del virus en la historia natural, su patogénesis y transmisibilidad.
- Debe estimularse la transferencia de tecnología entre países de la Región, incluso por medio de talleres, seminarios y formación de corto y largo plazo.
- Debe estimularse la colaboración entre virólogos, inmunólogos, biólogos moleculares, epidemiólogos y clínicos para inferir e interpretar racionalmente los resultados obtenidos.

Sobre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

- Debe hacerse un esfuerzo por comprender mejor las culturas sexuales existentes, particularmente la actividad sexual entre hombres y las formas de su interacción con las prácticas heterosexuales y reproductivas. Las medidas de prevención se beneficiarían de estos conocimientos.
- El describir esta población como “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” es una práctica útil que define un grupo heterogéneo de individuos con características de comportamientos comunes. Sin embargo, hablar de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres como si fuera un solo grupo lleva a ignorar la gran diversidad entre estos hombres, lo cual tiene implicaciones para la acción.
- Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres están afectados por la epidemia del VIH y el SIDA de manera desproporcionada y deberían constituir un grupo prioritario con respecto a la prevención y a la distribución de recursos.
- Se necesita contar con información de vigilancia sobre este grupo de población. Puesto que este grupo no es fácil de identificar ni homogéneo o estable, los estudios de serología combinados con los de comportamientos presentan una mejor opción que los estudios centinela.
- La descripción cuidadosa de las características de la muestra estudiada de hombres que tienen relaciones homosexuales es sumamente importante para interpretar los resultados de los estudios de estos grupos. Debe conocerse el tamaño aproximado de la población de referencia; las estrategias de selección e identificación; las posibles similitudes entre el grupo estudiado y la mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con

otros hombres, así como las diferencias entre ellos en el país o ciudad en cuanto a historia clínica, situación socioeconómica, comportamiento sexual y acceso a las parejas potencialmente infectadas.

- Se debe generar información actualizada sobre la incidencia de VIH entre las poblaciones de hombres que tienen relaciones homosexuales de una selección de grandes ciudades de la Región, para lo cual se debe considerar la iniciación de estudios de cohortes, donde sea posible.
- Es necesario hacer esfuerzos continuos para fortalecer la educación preventiva y apoyar los cambios culturales que llevan al empoderamiento, al desarrollo de las opciones ciudadanas y la reconstrucción de las comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en la Región.
- Por último, deberá evaluarse los diferentes factores de vulnerabilidad al VIH y sus consecuencias para los subgrupos de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres e incluirse en los programas de prevención. Estos elementos deben incluir las condiciones socioeconómicas, etnia, educación, estado de migración y el papel sociocultural en relación con el acceso a la información y la capacidad de tomar decisiones informadas y negociar medidas de prevención.

Sobre los usuarios de drogas inyectables y de otras sustancias

- En la mayoría de las áreas de América Latina y el Caribe, es urgentemente necesario realizar estudios entre usuarios de drogas inyectables y no inyectables para comprender sus patrones de comportamiento, redes sexuales y su movilidad con el fin de encaminar mejor la prevención, tratamiento e investigación.
- Debe llevarse a cabo una vigilancia a fondo para seguir la epidemia, debido al dinamismo del cambio en el uso de drogas y la propagación rápida del VIH en muchos países. La información de vigilancia es de suma importancia para planificar intervenciones y tomar las medidas políticas apropiadas para crear oportunidad de afectar el curso de la epidemia en el futuro.
- Existe una necesidad urgente de establecer programas de reducción de daño en América Latina y el Caribe. Se deben crear y poner en práctica programas para evitar que los actuales usuarios de drogas no inyectables comiencen a usar drogas inyectables y así detener epidemias potenciales antes que estas sucedan.
- Las epidemias de VIH ya maduras de la Región entre usuarios de drogas inyectables, como las de las ciudades de Buenos Aires y Rosario en la Argentina y Sao Paulo y Santos en el Brasil, son un gran reto para la salud pública y la sociedad en general. Los esfuerzos para estabilizar epidemias del VIH con mayor potencial de madurar deben incrementarse y sostenerse con más recursos y la debida atención de parte de los políticos y legisladores.
- En lugares donde la transmisión del VIH por drogas inyectables es significativa, será necesario hacer hincapié en los programas de intercambio de jeringas combinados con programas intensivos de educación sexual y salud reproductiva para los usuarios de drogas y sus compañeros sexuales.

Sobre la transmisión heterosexual del VIH

- La validez y fiabilidad de los datos de la notificación de los casos de SIDA en América Latina y el Caribe, en especial la información sobre categoría de riesgo, deberá mejorarse por medio del desarrollo, validación y aplicación sistemática de definiciones de caso y de categorías de riesgo de exposición.
- Toda la Región debería adoptar una definición uniforme de caso de SIDA y un criterio de clasificación de categorías de riesgo de exposición con el fin de poder comparar las tendencias a lo largo del tiempo y de un país o región a otro.
- En particular, habría que redefinir la categoría de transmisión heterosexual, y crear un algoritmo normalizado, práctico y fiable que pueda aplicarse en todos los países.
- Con el fin de diseñar y reorientar las estrategias de prevención con base en las necesidades, deberá hacerse mayor hincapié en obtener información seroepidemiológica y de comportamiento. Varios países de la Región han instaurado la vigilancia centinela para medir la prevalencia y monitorear las tendencias de la infección por VIH en algunos grupos de población. Esa vigilancia debería ampliarse y reajustarse, teniendo siempre presente la importancia de proteger totalmente la confidencialidad de la información.
- En los servicios de atención de la salud, la obtención de información que identifica a las personas con SIDA debe incluir el mínimo necesario para que la atención sea eficaz y continua, y debe respetarse completamente la confidencialidad.

Sobre la transmisión madre-hijo

- Deben conducirse estudios específicos para calcular el número de casos de infección perinatal del VIH. Estos estudios se deben combinar con la vigilancia serológica en muestras de mujeres que solicitan atención en clínicas prenatales. Estos estudios permitirán realizar una aproximación actual pronóstico futuro de los casos de infección perinatal por VIH y obtener una línea de base para vigilar los programas de prevención.
- El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH y el perfeccionamiento de la notificación de casos de SIDA debería proveer la información que necesitan los profesionales de salud pública para diseñar estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH. Estas estrategias deberán incluir la promoción de prácticas sexuales más seguras entre la población sexualmente activa, en particular durante el embarazo. También deberá promoverse la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres embarazadas infectadas por el VIH y a sus hijos, tanto durante el embarazo como inmediatamente después del parto.



Lista de participantes

Carlos Mauricio ANTUNES

Rua Calabria, 170 Bandeirantes
31340-510 Belo Horizonte MG
Tel: 55-31-4481213/1215/1228
Fax: 55-31-4416909/9773
Brasil

Francisco Inacio BASTOS

Fundação Oswaldo Cruz
DIS-CICT
Av. Brasil 4365 Manguinhos
21045-900 Rio de Janeiro, R.J.
Phonefax : 55-21-2901696
e-mail: bastos@dcc001.cict.fiocruz.br

Anabella ARREDONDO

CONASIDA
Monjitas 689, Oficina 68, Piso 6
Santiago
Chile
Tel: 562-639-4001
Fax: 562-639-5040
E-mail: rchild@pasteur.minsal.cl

Manoel Carlos BRAGA

Programa Nacional de ETS/SIDA
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios – Bloco G
Sobreloja DF 70058-900
Brasil
Tel: 55-61-315-2284/2152/2490
Fax: 55-61-315-2887

Laura ASTARLOA

Programa Nacional de SIDA/ETS
Ministerio de Salud
Avenida 9 de Julio 1925, Piso 8
Buenos Aires 1332
Argentina
Tel: 54-1-379-9000, ext. 4630
Fax: 54-1-379-9157

Cassia BUCHALA

Facultad de Salud Pública USP
Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar
01246-904 São Paulo
Phonefax : 55-11-8834246 / 30667747
e-mail : cmbuchal@usp.br

Carlos ÁVILA

Hospital Infantil de México
Calle Dr. Márquez 162
Colonia Doctores, México 06720
México
Tel: 525-761-033, ext. 369
Fax: 525-588-7149
E-mail: avila@cenids.ssa.gob.mx

Carlos F. CÁCERES

225 Laureano Martínez
Lima 32
Perú
Tel: 511-263-8810
Fax: 511-263-1486
E-mail: ccaceres@upch.edu.pe

Euclides AYRES DE CASTILLO

Programa Nacional de ETS/SIDA
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios - Bloco G
Sobreloja DF 70058-900
Brasil
Tel: 55-61-315-2146
Fax: 55-61-315-2643/2519

César CÁRCAMO

PROCETS
Ministerio de Salud
Ave. Salaverry s/n
Jesus Maria
Lima
Perú
Tel: 511-4-33-2761
Fax: 511-4-33-6232

Pedro CHEQUER

Programa Nacional de ETS/SIDA
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios - Bloco G
Sobreloja DF 70058-900
Brasil
Tel: 55-61-315-2146
Fax: 55-61-315-2643/2519
E-mail: pchequer@ids.gov.br

Suzanne CHERNEY

Departamento de Relaciones Externas ONUSIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: 41-22-791-4770
Fax: 41-22-791-4188
E-mail: cherneys@unaids.org

Bilali CAMARA

Programa Especial de ETS
Centro Epidemiológico del Caribe
1618 Jamaica Boulevard
Port-of-Spain
Trinidad y Tabago
Tel: 809-622-4261
Fax: 809-622-2792
E-mail: cec_email@paho.org

Bernardo GALVÃO-CASTRO

Centro de Investigación Gonçalo Moniz
Fundación Oswaldo Cruz
Ministerio de Salud
Rua Waldemar Falcão 125. Brotas
40000 Salvador – Bahia, Brasil
Tel: 071-3568822
Fax: 071-3562255
E-mail: bgalvao@bahianet.com.br

Antonio GERBASE

Oficial Médico, Oficina de VIH/SIDA y ETS
Organización Mundial de la Salud
20, avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: 41-22-791-4459/4685
Fax: 41-22-791-4834
E-mail: gerbasea@who.ch

Mark GUIMARÃES

Av. Alfredo Balena, 190 9º andar
30130-100 Santa Efigênia -
Belo Horizonte MG
Tel: 55-31-2240911/2265744
Fax: 55-31-2736309
E-mail: drew@medicina.ufmg.br

Paloma CUCHÍ

Asesora Regional de SIDA
Programa Regional de SIDA/ETS
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037-2895
EUA
Tel: 202-974-3486
Fax: 202-974-3695
E-mail: cuchipal@paho.org

Peter LAMPTEY

Family Health International/AIDSCAP
2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201
EUA
Tel: 703-516-9779
Fax: 703-516-9781
E-mail: plamptey@fhi.org

Maria Eugênia LEMOS-FERNANDES

Asesora Residente
Asociación de Salud de la Familia
Rua Heitor Penteado #47, Casa 3
Zumarezinho
05437-000 São Paulo
Brasil - SP
Tel: 55-11-262-2568
Fax: 55-11-262-2022

Jose Antonio IZAZOLA

Tel: 52-5-6559011
Fax: 52-5-6558211
E-mail: jizazola@funsalud.org.mx

Rodrigo MARTÍNEZ

Sociólogo Experto en Evaluación de Proyectos
Division de Desarrollo Social
Naciones Unidas
Comisión Económica para América Latina y El Caribe
Casilla 179-D
Santiago
Chile
Tel: 56-2-210-2309
Fax: 56-2-208-0252

Maria Goretti MEDEIROS

Programa Nacional de ETS/SIDA
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios - Bloco G
Sobreloja DF 70058-900
Brasil
Tel: 55-61-315-2810/2520
Fax: 55-61-315-2519
E-mail: goretti@aids.gov.br

Luiz LOURES

ONUSIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Suiza
Tel: 41-22-791-4698
Fax: 41-22-791-4162
E-mail: louresl@unaids.org

Maria Andreia LOYOLA

Rua General Glicério, 335 apto. 401
22245-120 - Laranjeiras
Rio de Janeiro RJ
Brasil
Tel: 55-21-556-1241
Fax: 55-21-556-1241

Richard PARKER

Centro del HIV
Universidad de Columbia
722 West 168th Street
Unidad 10
Nueva York, NY 10032
EUA
Tel: 212-543-5829
Fax: 212-543-6003
E-mail: rqp11@columbia.edu

Cesar NUÑEZ

Jefe de la División de ETS/SIDA
Ministerio de Salud Pública
Barrio Abajo
Contiguo Correo Nacional
Tegucigalpa
Honduras
Tel: 504-37-3155/3174
Fax: 504-38-3270
E-mail: canunez@hondunet.net

Mary O'GRADY

Family Health International/AIDSCAP
2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201
EUA
Tel: 703-516-9779
Fax: 703-516-9781
E-mail: mogrady@fhi.org

Daniel TARANTOLA

Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los
Derechos Humanos
7th Floor, Escuela de Salud Pública de la Universidad
de Harvard
651 Huntington Avenue
Boston, MA 02115
EUA
Tel: 617-432-4313
Fax: 617-432-4310
E-mail: danielt@hsph.harvard.edu

Liliana SANTIRSO

E-mail: bmjmex@rtn.net.mx
and/or bmjsnz@voyager.co.nz

Paulo Roberto TEIXEIRA

Centro de Referencia y Capacitación
Secretaría de Estado da Salud
de São Paulo
Rua Antônio Carlos, 122
Cerqueira César
CEP 01309-010 São Paulo SP
Brasil
Tel: 551-11-288-7966
Tax: 55-11-287-5121
E-mail: dstaids@seade.gov.br

Bernhard SCHWARTLANDER

ONUSIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: 41-22-791-4705
Fax: 41-22-791-4162

Patricia URIBE-ZÚÑIGA

CONASIDA
Calzado do Tlalpan 4885, 2o.piso
Colonia Toriello Guerra CP 14050
México, DF
Tel: 525-528-4084
Fax: 525-528-4220
E-mail: Uribe@cenids.ssa.gob.mx

Karen STANECKI DELAY

Jefa, Sección de Estudios de Salud
Centro de Programas Internacionales
Oficina de Censos
Washington, DC 20233-8860
EUA
Tel: 301-457-1406
Fax: 301-457-3034
E-mail: kstaneck@census.gov

Peter WAY

Asesor Especial
Cetnro de Programas Internacionales
Oficina de Censos
Washington, DC 20233-8860
EUA
Tel: 301-457-1406
Fax: 301-457-3034
E-mail: pway@census.gov

Fernando ZACARÍAS

Coordinador, Programa de ETS y SIDA
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
EUA
Tel: 202-974-3880
Fax: 202 974-3694
E-mail: zacariaf@paho.org

Apoyo administrativo del Ministerio de Salud del Brasil:

Aristides BARBOSA, Jr.
Carlos Alberto DA SILVA
Andre GALVÃO
Pedro Paulo SANTANA (Press)
Marylene Rocha SOUZA (PR)
Programa Nacional de ETS/SIDA
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios - Bloco G
Sobreloja DF 70058-900
Brasil
Tel: 55-61-315-2146
Fax: 55-61-315-2643/2519

José Enrique ZELAYA

Director General de Salud y Riesgos
Poblacionales de Honduras
Ministerio de Salud Pública
Tegucigalpa, Honduras
Tel: 504-378-400
Fax: 504-38-4141/37-9422
E-mail: zelayae@ns.paho.who.hn